

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1913-1914. — N° 151

LES OPÉRATIONS CONSERVATRICES
DANS
LES SALPINGO-OVARITES
(RÉSULTATS ÉLOIGNÉS)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 28 Juillet 1914

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre CONVERT

Né, le 14 décembre 1885, à Meximieux (Ain).

Interne des hôpitaux.

Ex-Moniteur des travaux d'anatomie pathologique.

Aide d'anatomie à la Faculté.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Juillet 1914

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE, PIERRET,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales.	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BÉRARD
Clinique des maladies nerveuses et mentales	FABRE
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Physique médicale	LÉPINE (J.)
Chimie médicale et pharmaceutique	WEILL
Chimie organique et Toxicologie	POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	HUGOUNENQ
Anatomie générale et Histologie	MOREAU
Physiologie.	GUIART
Pathologie interne.	TESTUT
Pathologie et Thérapeutiques générales	RENAUT
Anatomie pathologique.	MORAT
Médecine opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée	LESIEUR
Médecine légale.	PAVIOT
Hygiène	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique	COURMONT (P.)
Pharmacologie	ETIENNE MARTIN
	COURMONT (J.)
	PIC
	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS
Pathologie externe.	VALLAS
Maladies des voies urinaires	ROCHET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé
Propédeutique chirurgicale	BÉRARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Embryologie	LATARJET,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD,	—
Clinique infantile	MOURIQUAND,	—
Déontologie et médecine professionnelle	X.,.,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	LATARJET	MOURIQUAND	FROMENT
COMMANDEUR	BRETIN	ARLOING (F.)	THÉVENOT (Lucien)
NÈVEU-LEMAIRE	LERICHE	GUILLEMARD	PIÉRY
LAROYENNE	THÉVENOT (Léon)	PCLICARD	COTTE
VORON	TAVERNIER	GARIN	DUROUX
NOGIER	CADE	SAVY	

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM A. POLLOSSON, *Président*; BÉRARD, *Assesseur*;
MM. LAROYENNE et COTTE, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A notre Maître et Président de Thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. POLLOSSON

Professeur de clinique gynécologique

Nous lui sommes profondément reconnaissant de la sympathie qu'il a bien voulu nous témoigner au cours du semestre d'internat que nous avons passé dans sa clinique. Nous garderons de son aimable enseignement le meilleur souvenir.

A notre Maître :

MONSIEUR LE PROFESSEUR BÉRARD

Professeur de clinique chirurgicale

Nous le remercions de la bienveillance avec laquelle il nous a accueilli dans son service pendant notre externat et notre internat. Il nous fait l'honneur d'être notre juge, nous sommes heureux de pouvoir lui exprimer notre reconnaissance, et l'assurer de notre respectueux attachement.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

EXTERNAT

A la mémoire de M. le professeur PONCET.

M. le professeur agrégé NOVÉ-JOSSERAND, chirurgien des Hôpitaux.

M. le professeur VALLAS, chirurgien-major honoraire de l'Hôtel-Dieu.

M. le professeur BÉRARD, professeur de clinique chirurgicale.

M. le professeur NICOLAS, professeur de clinique dermatologique.

M. le D^r GALLAVARDIN, médecin des Hôpitaux.

INTERNAT PROVISOIRE

A la mémoire de M. le professeur JABOULAY.

M. le D^r BARJON, médecin des Hôpitaux.

M. le D^r BÉRIEL, médecin des Hôpitaux.

INTERNAT

M. le professeur FABRE, professeur de clinique obstétricale.

M. le D^r PÉHU, médecin des Hôpitaux.

M. le professeur VALLAS, chirurgien-major honoraire de l'Hôtel-Dieu.

M. le D^r DELORE, chirurgien des Hôpitaux.

M. le D^r MOLLARD, médecin des Hôpitaux.

M. le professeur TIXIER, professeur de clinique chirurgicale.

M. le professeur A. POLLOSSON, professeur de clinique gynécologique.

M. le professeur BÉRARD, professeur de clinique chirurgicale.

A NOS MAITRES DE LA FACULTÉ

LABORATOIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

M. LE PROFESSEUR PAVIOT.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SAVY.

LABORATOIRE D'ANATOMIE

M. LE PROFESSEUR TESTUT.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LATARJET.

LABORATOIRE DE MÉDECINE OPÉRATOIRE

M. LE PROFESSEUR M. POLLOSSON.

M. LE PROFESSEUR TIXIER.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DUROUX.

LES OPÉRATIONS CONSERVATRICES

DANS

LES SALPINGO-OVARITES

(RÉSULTATS ÉLOIGNÉS)

INTRODUCTION

Le traitement chirurgical des salpingo-ovarites paraît définitivement fixé dans ses grandes lignes. La castration totale utéro-annexielle est pour tous les auteurs le traitement de choix, le seul efficace et radical. L'hystérectomie abdominale totale ou subtotale est venue moderniser l'ancienne opération de Lawson-Tait. Il est cependant une autre chirurgie qui occupe une beaucoup plus petite place dans les traités de gynécologie et dans la pratique chirurgicale. C'est la chirurgie conservatrice. Si tout le monde la conseille, en vante les avantages, la montre comme un idéal, il semble que bien peu de gynécologues la pratiquent journellement, et que l'on soit au contraire unanime à restreindre ses indications.

La crainte des récidives, la bénignité de l'opération radicale, souvent le désir des malades même, tout semble entraîner le chirurgien à faire bon marché des

organes génitaux féminins. La conservation, au contraire, lorsqu'elle est employée, ne l'est que d'une façon isolée.

Nous venons de passer un semestre d'internat dans la clinique de M. le professeur A. Pollosson, là le problème de la conservation nous est apparu sous un tout autre aspect. M. A. Pollosson nous a montré que la conservation ne devait pas constituer l'exception, mais être au contraire l'idée directrice du gynécologue. Opérer avec l'idée que l'on fera de la conservation si l'occasion se présente est bien, mais se persuader que la conservation est presque toujours possible est encore mieux. Si le chirurgien a, selon l'expression de M. le professeur A. Pollosson, « l'obsession de la conservation », c'est alors que cette chirurgie pourra prendre toute son ampleur.

Nous n'avons pas eu de peine à nous persuader des avantages que la femme peut retirer d'une guérison sans mutilation, au point de vue social, familial, physiologique et psychique.

Il nous a paru intéressant de reprendre et de compléter l'enquête qu'Armand (thèse Lyon 1911), avait commencée sur les résultats éloignés des opérations conservatrices pratiquées à la clinique de la Charité, par M. le professeur A. Pollosson, ou ses assistants. Nos recherches ont porté sur 180 malades environ, nous n'avons pu réunir que 102 observations : beaucoup de nos malades, à cause d'une vie peu sédentaire ou irrégulière, n'ont pu être retrouvées. La plupart des malades dont les observations figurent dans notre travail sont revenues à la Charité, où nous avons pu

les examiner et les interroger avec l'aide précieuse de MM. Pellanda et Mazet. Les autres ont répondu à un interrogatoire détaillé. Parmi ces femmes un certain nombre ont figuré dans la thèse d'Armand, en 1911; nous les avons recherchées pour vérifier la persistance du résultat noté à cette époque.

Le nombre des opérations conservatrices pratiquées à la clinique gynécologique de la Charité a subi une progression croissante, et il a, ces dernières années, dépassé celui des opérations radicales :

	Opérations conservatrices	Opérations radicales
1909	15	41
1910	12	43
1911	25	57
1912	32	42
1913	60	35
1914 (1 ^{er} semestre) .	25	17
Mortalité	1,65 o/o	2,15 o/o

Ce simple exposé montre la place grandissante que la chirurgie conservatrice a pu prendre dans le traitement des salpingo-ovarites aux dépens de la castration totale sans que les indications opératoires aient été élargies. C'est une substitution progressive de la conservation à l'exérèse totale qui s'est effectuée.

M. le professeur A. Pollosson ne nous a pas ménagé ses conseils pendant la rédaction de ce travail, nous le remercions bien vivement de l'honneur qu'il nous fait en nous permettant de défendre avec lui la cause des opérations conservatrices

MM. les D^{rs} Violet et Pellanda nous ont communiqué d'intéressantes observations. Notre ami le D^r Mazet s'est intéressé à notre travail, et c'est avec lui que nous avons revu la plupart des anciennes opérées.

Nous les remercions bien vivement.

HISTORIQUE

Lawson-Tait, vers 1872, donna le premier les indications et enseigna la technique de l'ablation des annexes par la laparotomie. Cependant, en 1886, Pozzi constatait à la Société de Chirurgie que, malgré les succès de Lawson-Tait, l'intervention chirurgicale dans certaines formes de périmétrites suppurées n'avait pu s'implanter en France. Cette même année naissait à Lyon la colpotomie de Laroyenne, qui, après avoir joui d'une grande vogue, a vu se restreindre peu à peu ses indications.

En 1887, Pozzi, Bouilly, Routier, Terrillon présentaient déjà à la Société de Chirurgie des annexes enlevées par la laparotomie et Péan pratiqua la première hystérectomie vaginale pour lésions annexielles bilatérales préalablement diagnostiquées.

Les années suivantes, les interventions se multiplient, l'anatomie pathologique des lésions se précise. Mais les chirurgiens redoutent encore les difficultés opératoires de la décortication des trompes et des ovaires, de la libération des anses intestinales, et les complications infectieuses. Cependant lorsque l'on eut substitué aux ablations un peu grossières avec ligature en masse des extirpations plus méthodiques des annexes en liant

séparément les vaisseaux et en suturant le ligament large, les résultats s'améliorèrent par la disparition des hématomes et des pédicules douloureux.

La voie vaginale préconisée par Péan trouva un ardent défenseur et un vulgarisateur incomparable dans Segond. Elle s'imposa comme un progrès aux chirurgiens qui virent là un moyen d'éviter l'infection du péritoine. L'hystérectomie donnait du jour pour l'extirpation des annexes et assurait un vaste drainage dans les lésions suppurées.

Ce fut d'Amérique que nous vint l'hystérectomie abdominale. Polk aurait, en 1892, fait la première castration utéro-annexielle totale pour annexite suppurée. Baldy, de Philadelphie, avait, dès 1894, publié une série de 22 cas, avec guérison, il déclarait n'avoir jamais obtenu un tel succès par la salpingo-oophorectomie.

Delagenière, en 1894, au Congrès de Chirurgie, rapporte quatre cas personnels d'hystérectomie abdominale totale pour salpingo-ovarites suppurées. Il compara cette nouvelle méthode aux deux autres en présence à cette époque : l'opération de Lawson-Tait et l'opération de Péan. A cette dernière surtout il reproche d'être aveugle, d'interdire la conservation, en sorte que le premier coup de bistouri entraîne la stérilité définitive (Pozzi), de rester souvent incomplète, de favoriser les déchirures de l'intestin. A ces inconvénients il oppose les avantages de l'hystérectomie abdominale, qui seule permet l'appréciation exacte des lésions, l'isolement facile des annexes, et assure la perfection de l'hémostase et de la péritonisation.

Si les partisans de l'hystérectomie vaginale ne furent

pas tout d'abord convaincus, l'hystérectomie abdominale bientôt adoptée et perfectionnée par Richelot, Terrier, Doyen, J.-L. Faure, devait avoir une fortune rapide. C'est maintenant la méthode de choix, universellement adoptée, d'une technique bien réglée et d'une bénignité remarquable.

A l'époque où la gynécologie ne connaissait que l'extirpation des annexes par la laparotomie, la conservation fit ses premiers adeptes, mais ces interventions partielles présentèrent la même gravité opératoire ; si bien que les chirurgiens, préoccupés d'obtenir la guérison définitive avec le minimum de risques pour la malade, regardèrent comme un progrès les interventions radicales, telles que l'hystérectomie vaginale et l'hystérectomie abdominale. Les inconvénients physiologiques de ces interventions n'apparurent que tardivement et parurent longtemps négligeables à côté de la sécurité plus grande donnée par la castration utéro-annexielle.

C'est seulement depuis les derniers progrès de l'asepsie et de la technique que les opérations conservatrices ont présenté la même sécurité que les autres. Les deux méthodes ont pu être comparées. La connaissance plus exacte du rôle de l'ovaire dans l'organisme, de sa sécrétion interne, des accidents de la ménopause post-opératoire, a mis en lumière l'utilité de la conservation.

Lawson-Tait, en préconisant comme traitement de choix des annexites la laparotomie avec ablation des annexes, disait : « Même quand les annexes d'un seul côté sont affectées, l'opération, pour donner à la

malade un bénéfice durable et complet, doit être bilatérale. »

Malgré cette affirmation, une chirurgie conservatrice s'est de bonne heure opposée aux opérations radicales, et elle n'a pas cessé de se développer sous l'influence de la plus grande bénignité des interventions.

Vers 1884-1885, Hadra, Mundé, Howitz, Lucas-Championnière, Térillon, Polk se contentaient souvent de libérer la trompe de ses adhérences et d'en pratiquer l'expression et le cathétérisme. En 1887, Polk rapporte à la Société d'Obstétrique de New-York huit cas de salpingite chronique traités par la libération simple. La même année, Mundé préconise l'expression et le cathétérisme de la trompe.

En 1889, Skutsch fit la première salpingostomie, d'ailleurs suivie de grossesse. En 1891, Martin, de Berlin, présente au Congrès allemand de Gynécologie 24 opérations partielles sur les trompes suivies généralement de la création d'un nouvel orifice.

Polk, dans un rapport au Congrès de Médecine et de Chirurgie de Washington de 1894, citait 121 opérations conservatrices personnelles avec 3 morts. Pour lui « le but primordial de ces opérations doit être la préservation de la menstruation et de l'ovulation et avec elle l'intégrité physique et mentale de la femme » ; la question de la conservation de la fécondité ne viendrait qu'en second lieu.

Dudley, de 1887 à 1898, a fait 103 opérations conservatrices.

Kelly, de Baltimore (*Amer. Journ. of Obst. a. Gynec.*, oct. 1898) remarque que « dans la pratique on sacrifie

« très souvent la trompe et l'ovaire inutilement, par
« habitude, par routine, ou simplement pour une
« question de technique, parce qu'il est plus facile de
« faire l'extirpation complète que la résection partielle.
« C'est un grand tort ; on parle très souvent d'ovarite
« chronique, mais en réalité c'est une affection bien
« moins fréquente qu'on ne le dit ».

En France, les partisans des opérations conservatrices, d'abord rares, se sont faits de plus en plus nombreux.

Pozzi, de 1891 à 1897, publie 62 opérations conservatrices sur l'ovaire (ignipuncture et résection ovarienne) (thèses de ses élèves Delaunay, R. Donnet, 1893-1895). Il n'a cessé de se faire le défenseur des opérations partielles et de protester contre la castration à outrance.

Schwartz, Delbet, Richelot, Tuffier, Legueu et Clado font aussi des opérations conservatrices.

La thèse de Chavin (1895) contient le premier cas de salpingostomie faite en France par M. Delbet, cas d'ailleurs suivi de grossesse.

Un peu plus tard, Clado préconise la salpingo-ovarosyndèse (et inspire la thèse d'Ayrolle), opération que Jersuny avait pratiquée en 1896.

Jayle, dans la thèse de Blagny (*De la salpingostomie avec ovariectomie partielle*, Paris, 1899), recommande la conservation ovarienne après salpingectomie bilatérale.

On ne cherche plus seulement à assurer la possibilité d'une fécondation en conservant un ovaire avec la trompe, après lui avoir fait subir une salpingostomie,

une amputation ou une libération. Dans les cas où l'étendue des lésions ne permet pas de conserver aux malades le fragment de tissu ovarien et le segment de trompes qui sont théoriquement suffisants pour assurer la fécondation, les chirurgiens tentent du moins de conserver à la femme son équilibre physiologique complet. Polk, cité par Montana (thèse Paris, 1899) dit : « Même vis-à-vis des annexes, la chirurgie peut être conservatrice en se bornant à détacher des adhérences, à n'enlever qu'un ovaire quand l'autre n'est pas irrémédiablement atteint et même à n'enlever que la trompe quand l'ovaire est sain. A quoi bon dirait-on ? Pour conserver à la femme le bénéfice de l'ovulation, de la menstruation et leur bonne influence sur l'état mental ».

Lorsque les lésions ont obligé à sacrifier l'utérus, certains chirurgiens préconisent la conservation systématique de l'ovaire sain au titre d'organe à sécrétion interne. Dans ses interventions pour fibrome, Chrobak respecte un ou deux ovaires. Howard A. Kelly publie 28 hystérectomies abdominales avec conservation ovarienne et arrive à cette conclusion que les troubles climatiques sont dans ces cas presque nuls. Jayle se fait en France le défenseur de cette opinion. Legueu, Tuffier, pratiquent cette conservation. Elle est adoptée par de nombreux chirurgiens, mais reste encore en discussion.

Au Congrès de Médecine de Madrid, en 1903, la chirurgie conservatrice des lésions annexielles fut défendue dans les rapports de Treub et de Fargas.

Treub pose ainsi la question : « Dans les affections

unilatérales, tout le monde est d'accord, au moins en principe, qu'il faut faire des opérations partielles, mais on n'est d'accord qu'en principe, car l'on sait combien il est rare de trouver à côté d'une pyosalpingite une trompe vraiment saine du côté opposé. Et nombre d'opérations ont été radicales, où, d'un côté du moins, la guérison complète avec perméabilité de l'oviducte eût été possible. »

Boursier, de Bordeaux, cite 37 cas d'opérations conservatrices pour ovarite scléro-kystique.

En 1905, à la Société de Chirurgie, Tuffier pose la question de remplacer la castration utéro-annexielle par la simple ablation des trompes suppurées ou infectées en conservant l'utérus et un des deux ovaires. Il rapporte 32 observations. Legueu n'a fait, de 1891 à 1903, que 17 fois cette intervention, c'est-à-dire qu'il l'a employée avec prudence. Routier, P. Delbet, F.-L. Faure se montrent encore plus réservés.

Dolérès, dans son mémoire à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, en 1907, ne se montre guère favorable à la conservation des ovaires après hystérectomie, et il faut avouer que, dans la discussion qui suivit, Routier, P. Delbet, Siredey, Lepage, condamnèrent cette pratique à laquelle se rallient seuls Schwartz et Legueu.

En 1910, au Congrès d'Obstétrique et de Gynécologie de Toulouse, de Rouville, dans son rapport sur le traitement des salpingo-ovarites chroniques, cite 32 cas de castration unilatérale et de résection large de l'ovaire de l'autre côté, tous guéris avec trois gros-

sesses. Il se déclare opposé à la conservation de l'ovaire sans la trompe.

Hartmann et Siredey sont d'avis qu'il faut être plus conservateurs qu'il y a quelques années.

Au Congrès international d'Obstétrique et de Gynécologie de Saint-Pétersbourg en 1910, les chirurgiens russes et allemands se montrent favorables à la chirurgie conservatrice.

L'année suivante, Jacobson publie dans la *Revue de Pozzi* une statistique des opérations conservatrices pratiquées à la clinique du professeur de Ott, de Saint-Pétersbourg : il a constaté 6 grossesses sur 72 malades.

Dans une communication à l'Académie de Médecine (13 mars 1913), Walther donne les résultats éloignés de 98 opérées de résections partielles d'ovaire, combinées ou non à l'ablation de l'annexe opposée ou à l'ignipuncture.

M. le professeur de Rouville, dans les thèses de ses élèves Py (1909), Remusat (1911) et Robert (1912) a préconisé les opérations conservatrices et rapporte les succès qu'il leur doit.

M. le professeur Auguste Pollosson, depuis de nombreuses années, est devenu très partisan de la conservation dans les salpingo-ovarites et cette tendance n'a fait chez lui que s'accentuer ces dernières années ; en 1911 il inspire la thèse d'Arnaud où sont rapportés les résultats éloignés de 46 opérations conservatrices. La thèse de Denave rapporte les succès que lui a donnés la salpingostomie (1912).

Au Congrès de la Société Obstétricale de France (Paris, octobre 1912), MM. Funck-Brentano et Plauchu,

dans leur rapport sur le traitement de la stérilité chez la femme, citent de nombreux cas de grossesse après opérations partielles et exhortent en ces termes les chirurgiens à persévérer dans la tendance conservatrice :

« Nous estimons qu'en dehors de toute considération sociale et nationale, c'est un véritable devoir de ne pas priver la femme, sans nécessité absolue, des organes pouvant lui donner des espérances de maternité. »

CHAPITRE PREMIER

LA CHIRURGIE CONSERVATRICE

LES DIFFÉRENTS TYPES

De cet exposé rapide, il résulte que la chirurgie conservatrice des annexites se propose plusieurs buts et qu'elle utilise des interventions variées pour les atteindre. Elle poursuit comme la méthode radicale le traitement curateur des lésions annexielles, mais en conservant à la femme sa fonction génitale, c'est-à-dire la maternité, et en lui assurant par la conservation d'organes à sécrétion interne son équilibre physiologique complet et une santé meilleure. Elle remplit donc un rôle social et un rôle individuel.

Il est une catégorie d'opérations conservatrices qui assurent l'ovulation, la menstruation avec possibilité de fécondation, ce sont les interventions partielles sur les ovaires ou les trompes, et la castration unilatérale. Elles s'adressent aux lésions annexielles unilatérales ou aux lésions bilatérales lorsque l'un des côtés n'est touché que légèrement.

Dans les salpingo-ovarites bilatérales graves, on s'est attaché, quoique l'état des trompes enlevât tout espoir de fécondation future, à conserver un ovaire et

l'utérus qui assurent la menstruation et évitent les accidents de l'insuffisance ovarienne.

Lorsque les lésions utérines concomitantes commandaient l'hystérectomie, des chirurgiens ont estimé que la conservation d'un ovaire suffirait pour empêcher l'apparition des troubles de la ménopause anticipée ou du moins les atténuerait.

Après avoir donné les indications et les conditions générales des opérations conservatrices, nous étudierons successivement chacune de ces interventions et les lésions anatomiques auxquelles chaque variété a la prétention de s'opposer. Nos observations viendront chaque fois à l'appui de nos affirmations.

Il faut donc envisager successivement :

- 1° La conservation partielle ou totale d'une annexe, mais pourtant permettre la fécondation ;
- 2° La conservation de l'utérus et d'un ovaire.

Accessoirement, nous envisagerons la conservation de l'ovaire après hystérectomie.

Ce seront là deux chapitres importants de notre travail. Plutôt que d'envisager dès maintenant dans l'ensemble les avantages et les inconvénients de la chirurgie conservatrice, de lui opposer la méthode radicale, nous préférons le faire pas à pas à propos de chaque intervention ou de chaque genre d'intervention. Dans chacun de ces chapitres, nous nous attacherons à justifier la méthode, à en donner les indications particulières, les résultats éloignés, les succès, les récidives, d'après les travaux antérieurs et nos observations.

Dans un court chapitre, nous insisterons sur le traitement ultérieur et les opérations complémentaires

qui peuvent dans certains cas améliorer sensiblement les résultats, en particulier sur le traitement de la métrite et des rétrodéviations utérines qui accompagnent si fréquemment les lésions annexielles.

Enfin, dans une vue d'ensemble, nous ferons la synthèse de nos observations, la statistique de nos résultats éloignés et nous envisagerons les conclusions qui s'en dégagent.

LES INDICATIONS ET LES CONDITIONS GÉNÉRALES
DE L'OPÉRATION CONSERVATRICE

De même que l'opération radicale, l'opération conservatrice ne doit être proposée qu'après échec du traitement médical prolongé, à moins la douleur, l'état social de la malade ne commandent une intervention plus précoce. Peut-être même que la décision que le chirurgien aura prise d'être résolument conservateur lui permettra-t-elle de tenter une opération plus précoce, parce que moins mutilante. Cependant, ce serait une tendance dangereuse et la méthode conservatrice perdrait de sa valeur si elle n'était plus appliquée qu'à des lésions minimales sans doute curables par le traitement médical.

L'âge de la malade sera une indication précieuse ; l'opération radicale retrouvera ses droits lorsque la malade aura dépassé la quarantaine, mais s'il s'agit d'une femme jeune sans enfants, il faudra à tout prix lui conserver la possibilité d'être mère. « Il est nécessaire d'avoir dans l'esprit que si nous pouvons donner à une malade une chance de grossesse, même si elle est minime, nous pouvons considérablement influencer sur

sa vie. C'est quelque chose de dire à une femme qu'elle ne peut pas avoir d'enfant ; c'est autre chose de lui dire qu'elle a une chance, quoique la chance soit petite » (Taylor, Conservation in Gynecology, *The am. J. Obst.*, juillet 1913).

L'état nerveux, la crainte de troubles psychiques chez certaines malades très frappées à la pensée d'être diminuées dans leur sexualité, doit incliner l'opérateur dans un sens conservateur. Il faut être très économe d'interventions radicales chez les névropathes ; loin d'avoir une influence heureuse, la castration peut déchaîner chez elles des troubles mentaux graves.

La gravité de l'opération conservatrice ne doit plus entrer en ligne de compte actuellement ; sa mortalité n'est pas supérieure à celle de la castration utéro-annexielle, même dans les cas de lésions suppurées avec pelvipéritonite. Et c'est là le progrès le plus récent d'une chirurgie qui est restée encore maintenant une chirurgie d'avant-garde ; il s'est affirmé seulement depuis ces dernières années sous l'influence des perfectionnements les plus modernes de l'asepsie et de la technique. La persistance de la faveur dont jouit encore la castration totale s'explique par l'abaissement considérable du taux de la mortalité qu'elle a donné autrefois, et ce fut longtemps la seule opération possible dans certains milieux chirurgicaux par la sécurité constante qu'elle apportait.

La nature de l'infection en cause peut-elle intervenir dans le choix de l'intervention ? La blennorragie, l'infection puerpérale et la tuberculose sont à l'origine de l'immense majorité des salpingo-ovarites.

L'infection puerpérale déchaîne des accidents aigus graves qui frappent surtout le péritoine et l'ovaire. L'abcès ovarien, les collections pelviennes commandent l'extirpation et le drainage. Mais il est des cas où le streptocoque détermine des phénomènes moins aigus; ce sont des inflammations venues par voie lymphatique qui frappent moins la muqueuse tubaire que le péritoine dans certains cas; elles créent des adhérences, des collections pelviennes dans lesquelles sont englobées les annexes qui sont touchées plutôt par contre-coup que primitivement, et quelques-uns de ces cas donneront les plus beaux succès à la chirurgie conservatrice.

Il est beaucoup de lésions annexielles qui évoluent d'une façon tout à fait lente et insidieuse après l'accouchement et l'avortement, mais dans ce cas le streptocoque n'est pas toujours en cause. M. le professeur Fabre a montré récemment dans la thèse de Dujol combien les infections gonococciques sont fréquentes dans les suites de couches.

Le gonocoque et le bacille de Koch frappent la trompe et laissent l'ovaire indemne; cette localisation élective de l'infection est susceptible de nombreuses exceptions, mais elle est vraie dans la majorité des cas; lorsqu'elle sera bilatérale, elle devra nous orienter non plus vers la conservation des trompes, mais vers la conservation ovarienne.

Ollivier a étudié dans sa thèse (1912) les résultats éloignés du traitement de la tuberculose annexielle, il ne cache pas ses préférences pour les opérations radicales. Patel et Ollivier apprécient en ces termes la

chirurgie conservatrice dans le traitement de la tuberculose annexielle : « Grossesse très hypothétique, danger admis par tous d'une récurrence, suppression de troubles de la castration chez des femmes qui présentent ces troubles au minimum, tel nous paraît être le bilan des opérations conservatrices. » Pour ces auteurs la thèse conservatrice n'est justifiée que dans un nombre très limité de cas avec lésions minimales et localisées ou dans les formes torpides (hydrosalpinx tuberculeux, abcès froid tubaire, intégrité de l'ovaire). Ils n'ont constaté qu'un seul cas de grossesse et n'en ont pas trouvé d'autre signalé dans la littérature. Pour M. le professeur A. Pollosson, si la prédominance et la gravité des lésions tubaires, leur bilatéralité fréquente, la nature de l'infection autorisent rarement la conservation ou les opérations partielles des trompes, la conservation de l'ovaire associée à celle de l'utérus retrouve tous ses droits pour donner aux malades le bénéfice de la persistance de la fonction menstruelle et de la fonction ovarienne.

Le gonocoque enfin est le grand coupable. On connaît sa tendance à envahir la trompe par voie muqueuse et à provoquer des lésions profondes souvent bilatérales, enfin à déterminer l'accolement des franges et la fermeture du pavillon. Il s'en faut de beaucoup que l'infection gonococcique soit à coup sûr oblitérante et bilatérale.

Il est deux faits d'observation sur lesquels M. le professeur Pollosson insiste beaucoup et dans lesquels il trouve les indications et la justification de la chirurgie conservatrice :

1° *L'unilatéralité dans les lésions annexielles est réalisée plus souvent qu'on ne le croit généralement ;*

2° *Lorsque les lésions sont bilatérales, elles ne sont pas contemporaines et restent toujours d'importance très inégale : la trompe la plus anciennement touchée est aussi la plus malade, l'autre ne peut présenter que des lésions relativement légères.*

La conservation trouvera donc son indication la plus favorable dans les salpingo-ovarites unilatérales, mais elle sera encore indiquée dans les lésions bilatérales lorsque l'un des côtés ne sera que légèrement touché.

A quel moment doit-on opérer ? les gynécologues sont d'accord pour ne pas opérer à chaud, mais le plus loin possible de la période aiguë, car au moins au début d'une infection aiguë on peut espérer la restauration fonctionnelle des organes. La gravité de l'intervention à chaud n'est pas douteuse et le danger de rupture d'une trompe suppurée n'est pas grand. L'opération pratiquée dans ces conditions sera presque toujours très mutilante. « Prenons le cas typique d'une salpingite blennorragique aiguë. L'abdomen ouvert, le pelvis est rouge, congestionné, du pussourd des trompes, ces cas sont fréquemment opérés avec le diagnostic d'appendicite aiguë et peu de chirurgiens résistent à l'envie d'enlever ces trompes... Ce sont cependant des organes très importants pour la femme et son avenir, et leur ablation peut briser son existence. La conduite convenable du reste ne serait pas d'enlever les trompes mais de les conserver avec seulement un risque chirurgical très modéré » (Taylor, *loc. cit.*)

Dans certains cas cependant l'opération à chaud pourra être nécessaire, qu'il s'agisse d'affection appendiculaire propagée aux annexes ou d'infection streptococcique *post abortum* avec collections pelviennes, mais on se souviendra que les annexes souvent très enflammées ne le sont souvent que par réaction du voisinage et non primitivement, et c'est alors que l'opération conservatrice pourra donner ses plus beaux résultats.

Lorsque l'intervention a été reconnue nécessaire, de nouvelles discussions s'engagent sur la voie à suivre. M. A. Pollosson emploie à peu près exclusivement *la voie abdominale*, car c'est la seule qui donne un jour suffisant et permette par une exploration facile de pratiquer une opération conservatrice justifiée. En France, la majorité des gynécologues sont partisans de cette voie, la voie vaginale est à peu près abandonnée ou du moins restreinte à un nombre très limité de cas, car tout le monde lui reproche d'être aveugle et de ne permettre que des extirpation incomplètes. Elle garde encore de nombreux partisans à l'étranger, et au Congrès de Gynécologie de Saint-Pétersbourg, en 1910, ce fut une surprise d'entendre des chirurgiens comme Martin de Berlin, Wertheim, de Ott, etc., préconiser la voie vaginale; il est vrai qu'il s'agit d'une colpotomie considérablement perfectionnée par l'incision supravaginale de Schuchardt et la valve éclairante de de Ott, dans laquelle l'objection d'obscurité et d'étroitesse du champ opératoire se trouve fort réduite.

Dans une statistique de 265 cas de cœliotomie vaginale pour opérations conservatrices (annexites, fibromes, grossesse extra-utérine) il y eut seulement

34 hystérectomies simultanées, 10 fois seulement à cause d'adhérences trop solides, on dut faire une laparotomie. Les interventions pratiquées furent très variées (libération d'adhérences, salpingostomie, incision et évacuation de trompe pour grossesse extra-utérine, résection de l'ovaire, castration unilatérale) (Préobregensky de Saint-Pétersbourg).

Tous les auteurs insistèrent sur la gravité plus grande de la laparotomie qui leur donne des mortalités de plus de 10 pour 100. Jayle a pu dire que l'on se croyait reporté à vingt ans en arrière et entendre un écho des vieilles discussions de la Société de Chirurgie sur les avantages et les inconvénients de la voie vaginale et de la voie abdominale.

Jayle a proposé au Congrès de Chirurgie de 1911 « le traitement conservateur en un temps des lésions inflammatoires de l'utérus et des annexes avec l'aide de la pyéloscopie ». L'opération comprend deux parties : le curettage de l'utérus et la restauration du col par une résection autoplastique ; puis l'ouverture du péritoine par colpotomie postérieure, et l'introduction de la valve éclairante de de Ott qui permet de voir parfaitement les lésions des annexes et de les traiter comme il convient. L'auteur a pu ainsi, dans un cas, curetter un utérus scléreux, ouvrir le col sténosé, enlever deux pyosalpinx, la malade guérit et reste réglée.

Rappelons qu'à Lyon, dès 1895, M. Jaboulay avait pratiqué par coeliotomie vaginale des opérations conservatrices sur les annexes : après coeliotomie vaginale, il attirait les annexes dans le vagin, les examinait, et, si possible, les y laissait en place,

les pansait ensuite régulièrement pour les abandonner à elles-mêmes et les laisser remonter dans l'abdomen une fois guéries. Il a pu ainsi très souvent conserver des annexes que l'on aurait été obligé d'enlever par l'abdomen à cause de leur purulence (*Province Médic.*, 1895).

Quoi qu'il en soit, en France, la laparotomie est universellement adoptée, et depuis l'asepsie moderne elle ne donne plus qu'une mortalité insignifiante, même dans le cas de lésions suppurées, à condition que l'on sache utiliser au maximum la position déclive, la protection du grand péritoine et l'isolement du petit bassin, que l'on pratique l'aspiration des collections purulentes et enfin, qu'après assèchement du pelvis, on assure une hémostase et une péritonisation parfaites.

Le drainage reconnaît des indications de plus en plus rares. M. A. Pollosson ne fait jamais de drainage abdominal et il n'utilise le drainage vaginal par incision du cul-de-sac de Douglas qu'exceptionnellement dans le cas de pelvipéritonite suppurée étendue. La gynécologie a suivi l'évolution nouvelle donnée au traitement des péritonites. Donc, plus de drainage abdominal, plus de drainage à la Mickulicz, drainage du Douglas aux indications très limitées. Lorsque les décollements paraissent causer des déperitonisations un peu larges, M. A. Pollosson assez souvent verse de l'huile camphrée dans le petit bassin pour éviter la formation d'adhérences entre l'utérus, les annexes, l'intestin ou l'épiploon.

L'incision transversale de Pfannenstiel donne beaucoup de sécurité, en ce sens qu'elle permet mieux

l'abord direct des lésions en dehors de tout contact dangereux avec la grande cavité péritonéale ; elle s'applique mieux au refoulement des anses, les manœuvres opératoires restent constamment intrapelviennes et non intra-abdominales. La suppuration de la paroi, quoique relativement fréquente dans les lésions suppurées, n'enlève rien, ni à l'esthétique, ni à la solidité de la paroi.

Enfin, l'anesthésie rachidienne à la novocaïne, telle que nous l'avons vue appliquée systématiquement à la clinique de M. le Dr A. Pollosson, ajoute un élément favorable en supprimant les poussées intestinales, souvent difficiles à éviter avec l'anesthésie générale, et en diminuant encore ainsi les risques de contact septique et de dissémination de l'infection.

Il n'est pas dans notre intention de généraliser d'une façon excessive les indications de la chirurgie conservatrice. Il est des cas où, dès l'ouverture du ventre, la castration totale s'impose, c'est lorsque tout le petit bassin est comblé par des adhérences qui englobent en une seule masse : annexes suppurées, utérus, anses grêles, Siliaque et collection pelvipéritonitiques. L'hystérectomie facilite singulièrement l'ablation des masses annexielles adhérentes, elle assure mieux le drainage vaginal. L'opération radicale est encore indiquée dans les cas où, après l'annexectomie, il y a une dépéritonisation étendue avec surface saignante. Si l'hémostase doit rester imparfaite, le sang épanché au niveau de ces surfaces enflammées formera un milieu de culture tout préparé pour l'infection, et des processus pelvipéritonitiques ne manqueront pas de venir compro-

mettre le bon résultat de l'opération conservatrice en favorisant la formation de nouvelles adhérences au niveau des organes laissés en place.

Peut-on, avant l'intervention, présumer de l'étendue de la mutilation qu'on devra faire subir aux organes de la génération.

L'unilatéralité clinique des lésions n'est pas toujours vérifiée anatomiquement et l'on a souvent la déception de trouver, alors que l'on ne s'y attendait pas, des lésions bilatérales irrémédiables. L'ancienneté des lésions ayant donné, au cours de leur évolution, de nombreuses poussées aiguës, peut faire prévoir des lésions profondes des trompes.

Ce n'est qu'après laparotomie et examen minutieux des organes que l'on pourra prendre une décision. Il est très important, avant de se livrer à aucune exérèse, de vérifier l'état des annexes de chaque côté et leur degré de conservabilité. Si l'on trouve d'un côté une trompe absolument saine et de l'autre côté une annexe encore légèrement touchée, on sera tenté d'être radical, pensant qu'il vaut mieux ne garder qu'une trompe et un ovaire sains qu'une annexe saine et une annexe malade.

Mais si l'on a d'abord enlevé une annexe seulement congestionnée ou adhérente, puis que de l'autre côté on trouve une salpingo-ovarite suppurée qui commande l'ablation, on regrettera de n'avoir pas été plus économe, de n'avoir pas au moins conservé un ovaire qui ne présentait que de petits follicules hypertrophiés et libéré les adhérences d'une trompe un peu rouge, mais sans induration ni inflammation profondes.

Si l'on est *obsédé de conservation*, on verra combien

il est rare de ne pas rencontrer un ovaire ou un segment d'ovaire sain, même au milieu des lésions annexielles et pelvipéritonitiques graves. La condition essentielle de toute opération conservatrice est donc l'exploration minutieuse des annexes, qui permet l'appréciation de leurs lésions. C'est dans ce dernier point que réside toute la difficulté : comment savoir, en présence d'un ovaire kystique, s'il s'agit là seulement de follicules de Graaf un peu gros, de réaction inflammatoire ou d'un début de dégénérescence kystique ; il semble que dans cet ordre d'idées on a, du moins au début, sous prétexte de dégénérescence scléreuse ou kystique, pratiqué beaucoup d'ovariotomies ou de résections inutiles. Un ovaire un peu gros, légèrement kystique, donnera plus de satisfaction pour éviter l'apparition de la ménopause chirurgicale qu'un ovaire petit et scléreux. Quant à la trompe, la difficulté est plus grande encore. C'est d'elle que dépend la possibilité de fécondation ultérieure et de récive.

Nous allons étudier en détail dans quels cas les opérations conservatrices de la trompe ou de l'ovaire ont été pratiquées et dans quelles conditions elles ont donné de bons résultats.

CHAPITRE II

OPÉRATIONS CONSERVATRICES MÉNAGEANT LA FÉCONDATION

Le problème de la conservation se posera de façon différente lorsque l'on se trouvera, après ouverture du ventre, en présence de lésions unilatérales ou bilatérales.

La salpingo-ovarite unilatérale est, nous l'avons déjà dit, plus fréquente qu'on ne le croit habituellement, surtout si l'on a soin d'examiner minutieusement les annexes opposées. Il ne faudra pas s'en laisser imposer par une trompe un peu rouge, même épaissie, avec quelques adhérences, mais savoir qu'il s'agit là de lésions tubaires d'ordre périphérique : la trompe est perméable, le pavillon ouvert, les franges intactes. Une grossesse tubaire, une hématoçèle, un foyer de salpingite peuvent réagir sur les annexes opposées, de même qu'une appendicite, un foyer de pelvipéritonite, en ne déterminant que des lésions légères et superficielles. L'exemple de la grossesse extra-utérine est typique : lorsque l'on a fait l'extirpation de la trompe malade, que de fois l'autre trompe ne paraît-elle pas pathologique ; elle peut être œdématisée, rouge, noyée au milieu des adhérences qui se sont développées

autour de la trompe gravide ou rupturée et cependant la lésion n'est qu'apparente, puisque l'on voit souvent après l'intervention évoluer de nouveau une grossesse normale ou ectopique.

Nous avons divisé nos observations en deux groupes. Dans le premier, nous avons réuni les cas d'annexite unilatérale qui ont nécessité la castration unilatérale. L'annexe conservée est saine ou à peu près saine, c'est-à-dire que la trompe était ouverte et qu'elle ne présentait pas, ainsi que l'ovaire, d'autres lésions que quelques adhérences.

Dans le second groupe, nous avons rangé tous les cas de salpingo-ovarites bilatérales, avec prédominance des lésions d'un côté. Du côté le plus malade, la castration unilatérale a été pratiquée, de l'autre côté, l'on a dû faire quelques-unes des interventions partielles sur les trompes et les ovaires que nous allons maintenant décrire.

1° OPÉRATIONS CONSERVATRICES DE LA TROMPE

a) **Libération, salpingolysis.** — La libération de la trompe a été depuis longtemps pratiquée. Rappelons que Terrillon, en 1885, publie un cas de salpingite catarrhale qu'il avait guéri en déchirant simplement les adhérences tubaires. Polk faisait souvent cette intervention. La trompe une fois libérée de ses adhérences, les chirurgiens voulurent s'assurer de sa perméabilité et de la nature de son contenu. Le cathétérisme et l'expression de la trompe, dont Mundé avait voulu faire une méthode thérapeutique, ne sont

plus qu'un procédé de diagnostic (*American Journal Obst.*, 1885-1889).

Récemment, à Lyon, M. Gouilloud, dans une communication à la Société nationale de Médecine (séance du 16 février 1914), revient à nouveau sur cette libération des adhérences ou salpingolysis. Il remarque que la plupart des cas de grossesse signalés après intervention sur les annexes répondent à des lésions unilatérales. « Quand le pavillon tubaire est bien fermé par des adhérences péritonéales, nous ne croyons plus à la guérison spontanée ou médicale de cette lésion. » Cette occlusion au début du mariage, par fausse couche ou blennorrhagie ascendante, est la grande cause de stérilité. La salpingostomie n'a pas répondu à son attente. Il constate que, dans les opérations conservatrices, si souvent décriées, le chirurgien intervient parce que les malades souffrent et que les lésions sont graves. « En serait-il de même si nous intervenions directement pour la stérilité chez des femmes non malades qui ont des lésions éteintes cicatricielles, qui ne souffrent plus et ne sont pas des malades, mais seulement des femmes sans enfant? »

« Il est possible que le simple détachement des adhérences du pavillon facilite mieux que la salpingostomie l'entrée et la progression de l'ovule dans la trompe... Il est possible que la persistance des franges tubaires ne soit pas à dédaigner. » M. Gouilloud rapporte alors un cas où une intervention de ce genre lui donna un beau succès.

OBSERVATION résumée. — M^{me} E. P., couturière, entre

à Saint-Joseph 2 mai 1910. Régulée à quinze ans, s'est mariée il y a sept ans et a eu une fausse couche de trois mois; depuis, ses règles sont devenues un peu douloureuses, quelques pertes blanches. Utérus incliné en arrière paraît fixé au niveau des annexes droites. On a, de ce côté, une petite résistance et un peu de sensibilité; à gauche, au contraire, on n'atteint pas les annexes. En résumé : salpingo-ovarite légère consécutive à une fausse couche avec rétroversion et stérilité.

Intervention, 6 mai 1910. — Libération de l'utérus qui a contracté quelques adhérences. La trompe gauche est effectivement bouchée, on décolle son pavillon, l'ovaire gauche qui paraît sclérosé et kystique est laissé en place. Ablation des annexes droites plus malades, térébrofixation utérine.

21 juillet 1912. — La malade est enceinte de deux mois, elle accouche à terme en février 1913.

Lorsque la trompe est libérée de ses adhérences, il est des chirurgiens qui ont proposé de la fixer au contact de l'ovaire, et, en 1893, Pozzi, dans la thèse de son élève Delaunay sur l'ignipuncture de l'ovaire, conseillait la *salpingorraphie*.

Bien souvent, la trompe est un peu épaissie, quoique encore souple, rouge, congestionnée, environnée d'adhérences. Le pavillon est enflammé, peut-être même un peu rétréci par un certain degré de tuméfaction des franges. Un stylet introduit dans le canal tubaire montre qu'il est parfaitement perméable; l'expression du conduit ne fait sourdre qu'un peu de liquide séreux.

Il faut avoir soin de libérer l'organe de ses adhérences avec précaution, au doigt ou aux ciseaux, sans déchirer le pavillon, sans faire saigner.

Si la trompe était prolabée et fixée dans le douglas, une fois libérée de ses adhérences elle aura de nouveau tendance à retomber et à se fixer au contact des surfaces sereuses avivées. J.-L. Faure conseille d'y remédier en suspendant par deux ou trois catguts la partie de la trompe qui avoisine le pavillon au ligament infundibulo-pelvien qui se trouve à proximité. Cette suspension est efficace; le pavillon reste libre et conserve ses rapports avec l'ovaire. C'est la *salpingopexie*.

Lorsqu'il s'agit d'une trompe non fermée, mais nettement purulente, l'ablation s'impose; dans quelques cas, s'il ne s'agit pas d'affection aiguë, virulente, que l'expression ramène seulement par le pavillon une goutte de liquide louche ou même purulent, la conduite à tenir sera plus délicate; nous avons vu, le plus souvent, faire l'ablation complète de l'organe; nous l'avons vu aussi conserver parfois, sans qu'il en soit résulté grand dommage.

b) La salpingostomie. — La libération et la rupture des adhérences, la fixation de la trompe ne s'adressaient, en somme, qu'à des lésions récentes et légères. On a pensé qu'il était permis d'aller plus avant dans la conservation et de tenter la restauration plus complète des trompes fermées. C'est en 1889 que Skutsch publia un cas dans lequel il avait refait un pavillon sur une trompe oblitérée et il proposa le nom de salpingostomie pour cette nouvelle intervention dont le but était de rétablir la perméabilité de la trompe compromise et le libre passage de l'ovule. En 1891, Martin présenta au Congrès de la Société allemande de Gyné-

cologie une série de 24 opérations partielles sur les trompes, suivies, le plus souvent, de la création d'un nouvel orifice.

L'inflammation un peu prolongée des trompes permet par accolement des franges du pavillon l'oblitération de l'orifice abdominal; par contre, l'*ostium uterinum* reste perméable et la transformation kystique de la trompe est due presque toujours aux déviations du canal au niveau de la corne utérine et à la fermeture du pavillon. L'oblitération du pavillon est définitive, comme le montre la stérilité indéfinie de la double salpingite (Gouilloud). Reymond, Riess, Bettmann, ont montré que la muqueuse tubaire est cependant très résistante à la maladie, que son épithélium a une tendance à se régénérer; ils concluent que la *restitutio ad integrum* est possible, abstraction faite de la fermeture du pavillon dont la réouverture spontanée doit être bien rare, à condition que le nouveau pavillon ainsi créé ne se cicatrise pas. L'expérimentation ne semble pas favorable à cette manière de voir. Les expériences déjà anciennes de Cornil et Ranvier tendraient à démontrer l'inutilité de toute salpingostomie: ils opèrent sur les cornes utérines de chienne et constatent que, malgré une perte de substance considérable, l'orifice néoformé se comble rapidement et le conduit utérin se restaure. Des expériences plus récentes de Uffreduzzi pratiquées sur le lapin et le cobaye concluent dans le même sens: l'auteur a constaté que ni la corne utérine ni la trompe ne peuvent être maintenues expérimentalement ouvertes dans le péritoine au moyen d'orifices créés artificiellement. Le même auteur a vu que

l'ovaire transplanté dans la paroi utérine est toujours rapidement (moins d'un mois) exclu et isolé de la cavité utérine par la régénération de la muqueuse et des couches musculaires, l'ovulation ne peut donc pas se faire dans la cavité utérine (O. Uffreduzzi, Etude expérimentale sur quelques interventions conservatrices sur les organes génitaux de la femme, *Annali di Ostetrica e Gynecologia*, 1911). Cependant la clinique est venue sur ce point donner un démenti à l'expérimentation. Jarsaillon (1899) et Denave (1912), qui ont longuement étudié la salpingostomie, ont montré la persistance de l'orifice de salpingostomie prouvée par des grossesses survenues après plusieurs années. M. A. Pollosson a présenté à la Société de Chirurgie de Lyon une pièce provenant d'une malade chez laquelle il avait pratiqué, un an et demi auparavant, une salpingostomie, et qui dut subir une seconde intervention pour un myome utérin. Voici cette observation déjà publiée dans la thèse de Denave :

Il s'agissait d'une femme de trente-neuf ans qui fut opérée en 1905 par M. Pollosson pour des lésions salpingiennes bilatérales : les annexes gauches furent enlevées. De l'autre côté, sur la trompe kystique, on fit une résection partielle et on établit une salpingostomie sur la moitié interne conservée, l'ovaire qui présentait un kyste du volume d'un œuf de poule fut réséqué et suturé.

En février 1912 la malade dut subir une castration pour fibrome et l'on put constater alors la présence du côté droit d'une trompe courte, terminée par un petit pavillon perméable et bien formé, et d'un petit ovaire

avec deux corps jaunes. On put s'assurer que la trompe était parfaitement perméable.

Pour les détails de technique, nous renverrons à la thèse de Denave où sont relatés la plupart des procédés employés par les auteurs. M. A. Pollosson emploie la salpingostomie latérale ou terminales sans inclusion de l'ovaire dans le nouveau pavillon. Selon les lésions tubaires, l'on pourra être appelé à pratiquer une résection du pavillon ou même de la partie externe de la trompe; plus la résection sera étendue, plus on aura de peine à reconstituer le nouveau pavillon. Théoriquement, il suffit de conserver une petite portion de la partie interne de la trompe pour assurer la migration de l'ovule. Il est utile de respecter, au moment de la résection, l'anastomose sous-tubaire de l'utérine et de l'utéro-ovarienne.

Selon les lésions tubaires, l'on pourra être appelé à pratiquer une résection du pavillon ou de la partie externe de la trompe. Certains auteurs sont allés plus loin et, devant une trompe kystique suppurée dans sa partie externe ou atteinte de salpingite interstitielle, ou hypertrophique, ils ont fait l'amputation partielle ne conservant que la partie interne de la trompe moins malade. Sur ce moignon tubaire de fin calibre, la salpingostomie est rarement exécutée, parce que difficile ou illusoire. Une exérèse étendue aux deux tiers externes de la trompe a donné un beau succès à Lewis-C. Morris. Voici le résumé de son observation :

Femme, vingt-sept ans, un enfant, quatre avortements provoqués, le dernier suivi de pelvipéritonite intense.

Intervention. — Adhérences entre tous les organes pel-

viens. Drainage de l'ovaire gauche abcédé. Ablation d'une grosse pyosalpingite gauche. Salpingite droite sans pus : résection de ses deux tiers externes, suture de la muqueuse du mognon tubaire au péritoine. Libération de l'ovaire droit accolé à ce qui reste de la trompe. Drain. Guérison, sort le dix-huitième jour. Menstruation normale, puis grossesse normale (Lewis C. Morris, Birmingham, *Amer. Journal*, obs. à Dow, 1910).

Certains auteurs ont pensé qu'après cette intervention il fallait fixer l'oviducte restauré à l'ovaire pour que trompe et ovaire ne forment plus qu'un organe sécrétant l'ovule dans une cavité en communication directe avec la cavité utérine. De cette idée théorique est née la salpingorrhaphie de Pozzi et la salpingo-ovaro-syndèse de Clado.

Déjà en 1896, Gersunsky avait eu l'idée, après avoir pratiqué une large fenêtre latérale dans une trompe kystique, d'amener cet orifice en communication plus interne avec l'ovaire par la création d'un nouveau ligament tubo-ovarien. Quelques mois plus tard la femme qui, dans la même intervention, avait subi l'ablation des annexes du côté opposé devint enceinte. La salpingo-ovaro-syndèse telle qu'elle est décrite dans la thèse d'Ayrolles (Paris, 1898-1899) comprend les temps suivants : la libération, puis la résection de la trompe, le cathétérisme du canal avec une bougie filiforme, la confection d'un pavillon par section horizontale de la trompe au niveau de sa face inférieure immédiatement en arrière de son meso, la suture des deux lèvres de la trompe ouverte et étalée l'une à la face antérieure de l'ovaire, l'autre à la face postérieure.

Vidal, de Périgueux, a indiqué un procédé encore plus compliqué qui lui a donné un beau succès (*Revue de gynécologie*, 1900). Chez une femme à laquelle il pratiquait une ablation d'annexe pour kyste de l'ovaire la trompe restante était fermée et rétrécie en certains points. Il fit une salpingostomie et par quelques points fixa le pavillon à l'ovaire (salpingorrhaphie); puis, sur un fin stylet introduit dans la trompe, il incise le rétrécissement longitudinalement et, par une suture verticale de l'incision longitudinale recouverte avec un plan péritonéal, restaure le calibre du canal tubaire (salpingoplastie). Une fine bougie lui permit d'introduire dans la trompe et dans l'utérus un fil qu'il laissa en place pendant quatre jours.

Quoi qu'il en soit de ces procédés un peu compliqués certes, disons que la salpingostomie simple a paru suffisante à beaucoup de chirurgiens. M. A. Pollosson se contente de fixer les lèvres du nouveau pavillon au péritoine par quelques points de catgut; dans quelques cas, la trompe est fixée non loin de l'ovaire ou l'ovaire attiré au contact du niveau pavillon.

M. A. Pollosson s'est aussi contenté parfois de l'incision simple d'une trompe kystique ou de l'amputation pure et simple de l'oviducte. Dans tous ces cas il a eu soin d'assurer le contact ou le voisinage immédiat de l'ovaire et de l'extrémité tubaire.

Nous ne nous étendrons pas davantage sur ces questions de technique pour étudier les jugements qui ont été portés sur cette intervention, les résultats obtenus dont nous tirerons les indications.

Denave constate que la salpingostomie semble moins

en faveur et qu'après l'engouement des premiers succès elle est un peu délaissée depuis ces dernières années. Il faut avouer que Pozzi ne lui est pas favorable (*Traité de gynécologie* p. 875 II). De Rouville, au congrès Toulouse (1910), cependant partisan de la conservation, déclare que l'oblitération de la trompe lui a toujours paru commander l'ovaro-salpingectomie, tandis que A. Pollosson déclare qu'il lui doit une grossesse. A la Société de gynécologie américaine, Gelhorne, en 1911, fait une communication sur « salpingostomie et grossesse ». Après avoir rapporté un cas de grossesse, il conclut que la salpingostomie est indiquée quand la mère veut des enfants; quand la trompe close ne contient pas de pus; quand la muqueuse tubaire semble intacte ou encore capable de rénovation. Cette intervention ne comporte pas d'indications fréquentes, mais elle a été suivie plusieurs fois de grossesse, et avec un traitement ultérieur, par une sélection adroite des cas, elle donnera de bons résultats; elle n'est pas un facteur de gravité par elle-même. Dans la discussion qui suivit, J. Wesley Bovée (de Washington) déclare qu'il avait fait plusieurs salpingostomies, mais obtenu une seule grossesse et ectopique. Th. Watkins cite aussi le cas d'une malade salpingostomisée qui, après une grossesse normale, eut une grossesse ectopique.

M. Gouilloud a déclaré récemment que la salpingostomie, qu'il avait préconisée, dans la thèse de Garzaillon, ne lui avait donné qu'un début de grossesse terminé par une fausse couche de trois mois.

A. Pollosson lui doit une grossesse, relatée dans

la thèse de Denave. Denave a réuni les observations suivies de grossesse, auxquelles il faudrait ajouter un cas de Kehrer (1909) et celui de Watkins. Nous avons réuni dix-sept observations où la salpingostomie fut pratiquée, mais nous n'avons pas recueilli de nouveaux cas de grossesse.

Certains auteurs n'ont pas hésité à faire la salpingostomie sur des trompes purulentes et même des pyosalpinx. Dudley va jusqu'à dire : « J'ai opéré sur des trompes distendues par du pus, j'ai lavé ces dernières avec une solution antiseptique après avoir passé une sonde fine à travers la trompe jusque dans l'utérus et réouvert le rétrécissement... Je modifie cet exposé en disant que jamais je ne traiterai de cette façon une trompe ainsi malade si le pus a quelque odeur, montrant une inflammation gonococcique intense ou une inflammation septique. » C'est là une pratique isolée et, pour la plupart des auteurs, la salpingostomie est réservée aux salpingites catarrhales, aux hydrosalpinx de petit volume et récent aux hématosalpinx. Gelhorn exclut la gonorrhée. Si nous nous reportons aux conclusions de Denave, nous voyons que les indications de la salpingostomie sont en réalité assez restreintes si l'on veut espérer en obtenir des résultats. Cet auteur réclame, outre le jeune âge et l'intégrité de l'ovaire, des lésions locales peu accentuées. Il faut que « la fermeture du pavillon reconnaisse comme cause non l'endosalpingite consécutive à la blennorrhée, mais la *périsalpingite* telle qu'on peut la voir dans l'appendicite après certaines infections puerpérales, dans la grossesse tubaire, dans les lésions cicatricielles souvent très

anciennes consécutives à des lésions péritonéales, dans un grand nombre de pelvipéritonites adhésives, d'origine plus ou moins déterminée, où les uns nient des annexites non infectieuses, par réaction péritonéale due à de petites hémorragies et où d'autres pensent plutôt à de la tuberculose inflammatoire. » L'auteur se demande en terminant si l'indication de la salpingostomie, qui n'est jusqu'ici qu'une opération complémentaire, ne pourrait pas être posée comme traitement de la stérilité.

2° LA SALPINGECTOMIE ET LA CASTRATION UNILATÉRALE

Les salpingites kystiques, lorsqu'elles sont suppurées ou lorsqu'il s'agit d'hydrosalpinx anciens à parois épaissies, relèvent de l'extirpation complète. Les salpingites chroniques simples, dites interstitielles, hypertrophiques, noueuses, n'indiquent pas un traitement conservateur lorsque l'inflammation a profondément modifié la paroi tubaire dans toutes ses tuniques, et il ne viendra à personne l'idée de tenter une salpingostomie sur une trompe dure, épaissie au point d'atteindre le volume du petit doigt ou du pouce. Si l'ovaire est sain, on fera la salpingectomie unilatérale, s'il est aussi malade, ce sera la castration unilatérale. Du côté opposé, les annexes peuvent être saines, et alors la conservation donnera les meilleurs résultats au point de vue de la guérison locale et de la fécondation ultérieure.

Si beaucoup d'auteurs exigent, pour faire une opération conservatrice, l'unilatéralité absolue des lésions, il en est même qui, pensant que les annexes saines sont

prédisposées à s'infecter secondairement et pour éviter une récédive certaine, font d'emblée la castration totale. C'était l'avis de Lawson-Tait, c'est encore celui de Vautrin. Pour M. A. Polloson si l'unilatéralité des lésions n'est pas réalisée fréquemment au sens absolu du mot, elle l'est en fait si l'on sait interpréter les lésions plus apparentes que réelles, que la trompe et l'ovaire présentent du fait des adhérences, des réactions de voisinage, de la pelvipéritonite, produites par un foyer inflammatoire contigu.

C'est dans le cas où, du côté de l'annexe conservée on n'avait noté qu'un peu de rougeur ou quelques adhérences périsalpingiennes que les résultats éloignés de nos observations sont les meilleurs. Dans les salpingo-ovarites bilatérales, avec lésions tubaires nettes, où la trompe conservée avait subi une atteinte assez profonde pour entraîner la fermeture du pavillon, les résultats, quoique encore relativement satisfaisants, ont été beaucoup moins complets; ils ne nous ont, en particulier, donné aucun résultat positif au point de vue de la fécondation.

Avant d'analyser nos observations et d'en juger les résultats, nous rappellerons brièvement quelques statistiques antérieures.

1896, Chavin :

6 castrations unilatérales pour annexite;
4 guérisons (dont 2 grossesses);
2 succès.

1899, Montana :

Castrations unilatérales, 28;

Opérations conservatrices (libérations, ignipunctures, résections, etc.), 13;

Guérison, 70 pour 100;

Conservation de la menstruation, 97 pour 100;

Fécondité, 10 pour 100.

Dudley :

148 opérations conservatrices;

25 grossesses, 16 pour 100.

1909, Py (de Rouville) :

21 opérations conservatrices pour salpingo-ovarite;

4 opérations itératives, 19 pour 100;

1 grossesse, 5 pour 100.

1910, de Rouville. Castration unilatérale : résection de l'ovaire.

32 malades;

32 guérisons;

3 grossesses, 9,37 pour 100.

1911, Jacobson (de Ott). 72 opérations conservatrices pour salpingo-ovarite (60 castrations unilatérales, avec libération d'adhérence, ponction, résection, salpingostomie du côté opposé).

6 grossesses, 10 pour 100.

49 menstruations régulières;

2 récidives (adhérences inflammatoires, kystes inflammatoires), 2,77 pour 100.

1911, Armand (A. Pollosson). 46 opérations conservatrices pour salpingo-ovarites.

82 pour 100 des malades guéries ou améliorées;

11 pour 100 deviennent enceintes.

1911, Schiffmann et Patek.

18 castrations unilatérales pour salpingo-ovarite;
16 malades revues;
9 guéries, 64,3 pour 100.

1912, Robert (de Rouville). Opérations conservatrices sur les ovaires (dont 39 castrations unilatérales).

62 opérations;
7 grossesses, 11,66 pour 100;
12 opérations itératives, 19 pour 100.

La proportion des grossesses observées est donc de 10 pour 100 environ.

Quant aux récidives, elles sont très variables : tandis que Jacobson n'en signale que 2 sur 72 malades, la proportion des opérations itératives atteint 19 pour 100 chez de Rouville.

3° OPÉRATIONS CONSERVATRICES DE L'OVAIRE

a) **Les ovarites. Indications opératoires.** — Nous n'avons pas encore parlé de la conservation de l'ovaire. La conservation de la trompe n'est à envisager que si l'ovaire correspondant est sain. Mais il peut y avoir intérêt à conserver l'ovaire en dehors de la trompe et Polk l'a recommandé dès 1893 ; ce sera là le sujet du chapitre suivant.

S'il est parfois difficile de juger l'état d'une trompe et de décider son ablation ou sa conservation sans arrière-pensée, l'embarras est encore plus grand quand il s'agit de préciser les lésions de l'ovaire et les

indications opératoires. Il n'est pas d'organe dont l'aspect soit plus polymorphe et l'anatomie pathologique plus chargée. Il semblerait d'abord que l'ovaire est toujours altéré au cours des annexites. C'est le contraire que nous avons constaté dans les interventions que nous avons vu pratiquer et dans les nombreuses observations que nous avons dépouillées. L'ovaire nous a paru très souvent respecté ou presque indemne, même dans les salpingites bilatérales anciennes suppurées, à moins que l'on ne considère comme lésions irrémédiables, justifiant la castration, quelques adhérences péritonéales, quelques follicules de de Graaf, hydropiques. Si dans les lésions bilatérales nous avons généralement découvert un ovaire sain du côté où les lésions étaient moins accentuées, il n'est pas rare non plus de le rencontrer intact à côté d'un volumineux pyosalpinx. En fait de salpingo-ovarites, toutes les associations sont possibles.

Tandis que l'ovarite suppurée est une indication d'exérèse formelle, il serait téméraire de vouloir formuler des règles thérapeutiques rigoureuses pour le traitement des ovarites inflammatoires qui accompagnent la salpingite ou qui existent quelquefois à l'état isolé, mais dont la nature inflammatoire est prouvée par des réactions de pelvipéritonite à leur voisinage. Il est des ovaires kystiques assez volumineux qui ne sont pas douloureux et qui n'évoluent pas, tandis que de petits ovaires sont scléreux et donnent des signes d'insuffisance ovarienne et de dysménorrhée persistante, même après ablation d'une trompe malade.

A côté de la chirurgie conservatrice de la trompe, il existe une chirurgie conservatrice de l'ovaire, et il est remarquable de constater que, pendant ces dernières années, elle a pris le pas sur la première.

Un seul ovaire peut suffire aux fonctions des deux, et la clinique a montré depuis longtemps, qu'après castration unilatérale, l'ovaire restant, s'il est sain, suffit à maintenir normale la fonction génitale et à satisfaire aux besoins généraux de l'organisme. Dans la thèse récente de M^{lle} de Jong, on trouve relaté l'examen histologique d'un ovaire qui fonctionna seul, pendant dix-huit ans, chez une malade qui subit une ovariectomie à vingt ans pour stérilité, et ultérieurement une castration totale pour fibrome. Cet ovaire présentait une structure normale.

F. Valtorta a fait, depuis 1908, une série d'expériences sur le lapin ou d'autres animaux. Chez les animaux jeunes, la castration unilatérale produit l'augmentation de volume de l'ovaire restant. Ce même phénomène se produit chez l'adulte et accompagne l'hyperproduction des follicules et du tissu interstitiel. Chez les animaux opérés cinq mois après la castration unilatérale, la grossesse et la parturition s'effectuent normalement, et les animaux opérés se sont maintenus dans des conditions générales parfaites.

L'ablation de l'ovaire doit être faite dans les ovarites suppurées, souvent consécutives à des infections puerpérales dans les salpingo-ovarites suppurées, dans les kystes tubo-ovariens où ovaires et trompes ne forment plus qu'une seule cavité à contenu purulent ou séreux.

Cependant des auteurs ont préconisé la simple

évacuation des collections ovariennes gonococciennes ou puerpérales. Lewis-C. Morris, de Birmingham, a obtenu une grossesse à la suite d'une intervention de ce genre :

OBS. 2. — Femme, vingt-sept ans. Un enfant, quatre avortements provoqués, le dernier suivi de pelvi-péritonite intense.

Intervention. — Adhérence entre tous les organes pelviens, grosse pyosalpingite gauche, ovaire gauche abcédé, salpingite droite sans pus. Ablation totale de la trompe gauche et drainage de l'abcès ovarien. Résection des deux tiers externes de la trompe droite, libération de l'ovaire. Suture de la muqueuse du moignon tubaire au péritoine. Suture du ligament large de façon à recouvrir les surfaces cruentées et à accoler l'ovaire à ce qui reste de la trompe. Drain. Guérison, sort le dix-huitième jour. Menstruation normale, puis grossesse normale.

L'auteur est partisan de la conservation ovarienne non seulement dans les cas d'ovaires microkystiques, de kystes dermoïdes et folliculaires, mais même dans les affections inflammatoires suppurées ; il déclare qu'il est possible d'évacuer le pus des suppurations ovariennes après avoir protégé le champ opératoire sans enlever la glande. C'est là une pratique que nous ne conseillerons pas ; nous retiendrons seulement cette conclusion de Morris :

« Il ne faudrait jamais enlever les deux ovaires à une femme, sauf en cas de tuberculose ou de cancer. »

Lorsqu'il s'agit des lésions d'ovarite scléreuse ou kystique qui accompagnent les lésions salpingiennes en cas de lésions unilatérales, la castration unilatérale

s'imposera, mais dans les cas de lésions bilatérales, quelle conduite tenir ? il vaut mieux enlever l'ovaire le plus douloureux (Delbet) ou le plus atrophié. Nous n'entendons pas parler ici de l'ovaire scléro-kystique, tel que l'on le rencontre en dehors de toute inflammation salpingienne ou autre chez les jeunes filles. C'est une dystrophie qui n'entre pas dans le cadre que nous nous sommes tracé, qui est celui des salpingo-ovarites infectieuses, des lésions purement inflammatoires.

L'ovaire scléreux est petit, ratatiné, sa surface est sillonnée d'anfractuosités profondes, ravinées. Il contient peu de follicules en voie de développement. Sa valeur fonctionnelle n'est pas grande, mais il est dans le volume des ovaires des différences individuelles notables, et des cicatrices de corps jaunes donnent aussi un aspect tourmenté à la glande.

Au voisinage des foyers suppurés on rencontre des ovaires œdémateux, hyperplasiés, que l'on sacrifie généralement, ou des ovaires kystiques.

C'est l'ovarite chronique hypertrophique qui a le plus préoccupé les chirurgiens. L'ovarite microkystique avec présence, à la surface et dans le parenchyme de l'ovaire, de nombreux kystes qui varient du volume d'un grain de millet à celui d'un gros pois, ne doit pas être considérée comme morbide. Ce sont, pour Pozzi et beaucoup d'auteurs, de petites hydropisies folliculaires n'ayant aucune signification inflammatoire.

Dans l'ovaire polykystique il s'agit de dilatation kystique du follicule de de Graef allant du volume d'un grain de chènevis à celui d'une noix. L'agglomération

de plusieurs de ses poches peut exceptionnellement donner à l'ovaire la grosseur du poing. Ce n'est pas là le premier stade d'une tumeur, d'un kyste prolifère de l'ovaire. Les kystes du corps jaune, qu'ils soient séreux ou hématiques, les kystes développés aux dépens de follicules atrésiques, peuvent atteindre aussi un très gros volume mais ce ne sont pas non plus des néoplasies. Les hématomes de l'ovaire (thèse de Vigneau, Lyon) sont des lésions analogues.

Dans quelques cas, l'absence de lésions tubaires indique que l'inflammation est venue par voie lymphatique ou par voie sanguine. On sait actuellement qu'un certain nombre de ces productions kystiques atteignant parfois un gros volume sont liées à la tuberculose (Poncet et Leriche, A. Pollosson et Violet).

b) La ponction et l'ignipuncture. — Sous l'influence de Pozzi, les lésions d'ovarite kystique furent traitées par l'ignipuncture. Pendant plusieurs années on évacua et on détruisit au thermocautère les follicules hydropiques et les microkystes. Ce ne fut pas sans quelques inconvénients, puisque, de l'aveu même de son auteur, cette méthode doit être abandonnée : « L'ignipuncture de l'ovaire dont j'ai été partisan autrefois, m'a donné un si grand nombre de mécomptes que j'y ai presque complètement renoncé aujourd'hui. Si la lésion kystique est circonscrite, il vaut mieux l'enlever par résection, et, si elle a envahi tout l'organe, l'ignipuncture est impuissante à y porter remède » (Pozzi). De Rouville a dû réopérer huit malades chez lesquelles l'ovaire ignipuncturé lors de la première intervention

avait doublé de volume, contracté des adhérences et déterminé de vives douleurs.

Martin, redoutant la sclérose cicatricielle consécutive à la cautérisation, préférait évacuer les follicules kystiques en les ponctionnant au bistouri, il excisait parfois une partie de la poche, qu'il fermait ensuite avec deux points.

c) **La résection partielle de l'ovaire.** — La première résection de l'ovaire a été faite par Schröder pour un kyste dermoïde ; elle fut suivie de grossesse. Martin l'a vulgarisée et en a vanté les bons résultats ; depuis, de nombreux auteurs l'ont employée et l'ont préconisée en France et à l'étranger. Pollack en a été le grand protagoniste en Amérique.

Il suffit d'un mince fragment de tissu ovarien pour maintenir la menstruation et même permettre la grossesse.

Au cours de la discussion qui suivit une communication de M. Humiston sur une statistique de 112 cas de conservation ovarienne, K. Isadon Sanes, de Pittsburg, rapporte la curieuse observation suivante.

Fille publique. Entre à l'hôpital de Pittsburg pour pyosalpinx aigus bilatéraux. Gonorrhée depuis un an. Gardée un mois en observation. Laparotomie : ablation complète de la trompe et de l'ovaire d'un côté et de l'autre côté de la trompe avec la corne utérine et la plus grande partie de l'ovaire adhérent kystique, en laissant toutefois un petit fragment d'ovaire sain que fut suturé à la surface péritonéale. Un an plus tard, la malade devint enceinte et accoucha sans complications.

La résection est justifiée dans deux cas : ou bien il s'agit de restaurer un ovaire déchiqueté dans les manœuvres de décollement et de ses adhérences pelviennes et cas tubaires, ou bien il s'agit d'un ovaire partiellekystique.

La partie malade est circonscrite par deux incisions profondes, qui font un évidement cunéiforme ou en languette jusqu'à ce que l'on soit en tissu sain, la partie enlevée peut atteindre les quatre cinquièmes de l'organe.

Une suture minutieuse restaure l'ovaire, elle doit se faire avec de fins catguts qui, par leur pénétration profonde dans le tissu ovarien, assurent une suture véritablement hémostatique. D'autre part, un sujet superficiel affronte exactement les deux lèvres de l'incision. Cela aurait une certaine importance pour éviter la formation d'adhérences avec l'intestin ou l'épiploon.

Pour Taylor « la résection d'un ovaire entraîne souvent la formation d'un petit kyste, qui donne souvent plus de troubles que l'ovaire lui-même », il n'a recours à la résection ou à la suture de l'ovaire que lorsqu'il a la main forcée.

Cet accident, signalé quelquefois par d'autres auteurs, paraît cependant rare pour le grand nombre de résections ovariennes pratiquées depuis que Schröder et Martin les ont préconisées.

Pour Goldsporn, de Chicago (1913), les échecs seraient dus à des imperfections de technique : « Cette chirurgie des ovaires demande non seulement le catgut le plus fin, mais aussi un degré d'asepsie tel que nous ne sommes pas habitués à le rencontrer dans la chirur-

gie abdominale, mais seulement dans la chirurgie osseuse et articulaire. »

La suture doit être incapable de suspendre la nutrition de l'organe, et déterminer de la coaptation et non de la constriction.

Fr. Reder fait une suture à deux plans avec du catgut n° 00, après un premier plan de points profonds pour faire l'hémostase, il fait un surjet pour rapprocher les bords de la capsule. Martin se contente d'un seul plan de suture.

Lorsque l'ovaire a été dilacéré au cours des manœuvres de libération qu'on a dû lui faire subir pour le séparer de ses adhérences péritonéales ou tubaires, quelques points de suture peuvent suffire à arrêter le suintement hémorragique et à rendre à la glande sa forme normale. Il est souvent préférable de réséquer la partie de l'ovaire déchirée, surtout si elle était au contact intime d'un foyer de salpingite.

Martin, en 1899, avait eu après :

14 cas de résection ovarienne pour tumeurs, 1 récidive.

67 cas de résection ovarienne par ovarite kystique chronique, 4 récidives.

48 cas d'excision d'hydropisie folliculaire, 6 récidives.

« Chez 19 pour 100 de nos opérées, disait-il, nous avons appris qu'il y avait eu grossesse, et si l'on songe qu'en général il s'agissait d'affections gonococciques, c'est-à-dire celles qui apportent le plus grand obstacle à la conception, chaque cas de grossesse après une intervention de ce genre est d'une grande valeur. »

Martin a préconisé la résection ovarienne dans le cas de petits kystes dermoïdes, et nous avons déjà dit que Schröder l'avait exécuté pour la première fois dans un cas de ce genre. En présence de kystes de l'ovaire bilatéraux, on a cherché à conserver au niveau du pédicule un peu de tissu ovarien. Pour M. A. Pollosson, « il est assez fréquent, dans le cas de kyste dermoïde, de voir, à leur côté, l'ovaire totalement ou relativement indépendant ; dans ce cas, la conservation est facile. » M. Albertin a apporté, après M. Pollosson, un cas de section ovarienne chez une jeune femme qui fut opérée pour une grossesse tubaire et qui présentait un ovaire kystique (Société de Chirurgie, 8 février 1912). Mazet a présenté récemment des pièces provenant d'une jeune femme opérée par M. le professeur Pollosson, pour kystes mucoïdes de l'ovaire bilatéraux, chez laquelle il conserva un moignon de l'un des ovaires.

d) Résultats éloignés. — Le principe de la conservation ovarienne a fait son chemin et si son extension au kyste prolifère reste discutable, ses résultats dans les ovarites inflammatoires ont été excellents.

Quelques statistiques montrent que la grossesse est fréquente après des interventions :

1897. Pozzi, 62 opérations conservatrices sur l'ovaire (résection, iguipuncture).

48 malades revues :

23 guéries.

7 état stationnaire ;

8 opérations radicales itératives ;

12 malades enceintes, 15 pour 100.

1903. Boursier, 37 interventions conservatrices pour ovarite scléro-kystique (8 résections, 12 ovaro-salpingectomies unilatérales, 34 cautérisations au thermocautère).

23 malades revues :

7 guéries, 30 pour 100;
13 améliorées;
3 insuccès.

1907. Hyde, 21 cas de chirurgie ovarienne conservatrice (dégénérescence polykystique).

4 récidives (opérations itératives);
1 grossesse.

1913. W.-M. Humiston (Cleveland), 112 cas d'opérations conservatrices des ovaires (ovaires kystiques ou scléro-kystiques, 2 ou 3 cas de lésions salpingiennes associées).

70 malades revues.
3 récidives (opérations itératives).
19 malades devenues enceintes, 27 pour 100.

1913. Walther, résultats éloignés des opérations conservatrices des ovaires.

139 opérations.
98 malades revues;
68 guérisons complètes;
18 améliorations;
8 persistance des douleurs;
4 interventions secondaires (hystérectomie pour récidi-
ve d'anexite).

Sur 73 malades dont les ovaires ont été réséqués,
18 grossesses : 24 pour 100.

Il faut remarquer que, dans ces statistiques, les auteurs font entrer très peu de cas de salpingo-ovarite chronique. Les lésions tubaires sont très rarement signalées; il s'agit presque toujours de ce fameux ovaire scléro-kystique dont les indications opératoires sont bien restreintes, d'après beaucoup de chirurgiens.

Dans les observations de Walther, publiées en partie dans la thèse de Remusat (1911), à côté de quelques cas de salpingo-ovarite chronique, le diagnostic le plus souvent répété est celui d'ovaire scléro-kystique et appendicite chronique.

Ces réserves faites, on comprendra que ces résultats éloignés ne soient pas comparables avec ceux que nous avons pu constater dans des cas d'inflammations annexielles chroniques, où la salpingite était généralement la lésion prédominante. Nous avons tenu à signaler les excellents résultats de la chirurgie conservatrice de l'ovaire, mais cela n'entre pas tout à fait dans le cadre que nous nous sommes tracé. Dans la majorité de nos observations, les lésions tubaires étaient prédominantes et les opérations conservatrices pratiquées sur l'ovaire ont été exceptionnelles.

4° SALPINGO-OVARITES UNILATÉRALES

OBSERVATION I. — M., Eugénie, vingt-neuf ans. Fausse couche de deux mois. Souffre du ventre depuis deux mois.

Intervention, 22 octobre 1912 (M. Violet). — Ovarite kystique gauche. Ablation des annexes gauches. Conservation de l'utérus et des annexes droites. Fixation de l'utérus à la paroi abdominale par un point.

18 février 1914. — Seize mois après. La malade est enceinte, dernières règles 30 décembre. Utérus mou, gravide, plaqué contre la paroi, légèrement dévié vers la gauche. Rien d'anormal comme phénomène subjectif.

15 avril. — *Evolution normale de la grossesse* (avant sa grossesse, la malade allait bien, avait engraisé, ses règles étaient régulières, un peu douloureuses).

OBS. 2 (obs. IV, thèse Armand). — L..., vingt-sept ans, salpingo-ovarite suppurée, *post abortum*, avec abcès de l'ovaire gauche.

Ablation par M. Gayet le 25 mai 1908.

Conservation d'un utérus gros et de l'annexe droite, à peu près saine.

Résultat, deux ans et demi après : *très bon*.

Fait son travail, fait de la bicyclette.

Plus de douleurs, règles régulières, plus de pertes blanches. Au toucher vaginal, résultat parfait.

27 mars 1914, quatre ans et dix mois après : *grossesse* va bien, malaises, bouffées de chaleur, étourdissements. Règles normales. Actuellement la malade est enceinte de six mois et la *grossesse se passe normalement*.

OBS. 3. — P..., Antonine, trente et un ans. Infection postpuerpérale. Phlegmon du ligament large gauche.

Première intervention : incision iliaque et drainage abdomino-vaginal d'un gros abcès (M. Violet). Quelques jours après, la température persiste, quoique le drainage de l'abcès iliaque gauche soit parfaitement assuré. On sent une masse abdominale droite.

Deuxième intervention, 22 juillet 1912 (M. Violet). — Pelvipéritonite avec abcès. A droite, ablation des annexes droites malades, suppurées. Petit abcès interstitiel de la trompe avec péricéphalite. Conservation de l'utérus gros et des annexes gauches saines à côté du phlegmon.

Résultat, 20 mars 1914, vingt mois après : *très bon*, va très bien, a engraisé, travaille sans peine, ne souffre pas du ventre.

Une grossesse normale, terminée le 20 juillet 1913, par la naissance d'un enfant à terme. Pas de règles depuis, car la malade nourrit son enfant.

OBS. 4. — V..., Angélique, trente et un ans. Annexite gauche *post abortum*. Se marie en mai 1911, à trente ans, devient enceinte, fait un accouchement prématuré à sept mois. Suites de couches fébriles, 41 degrés.

Intervention, 27 mars 1912. — Adhérences épiploïques et de l'S iliaque au-dessus de l'annexe gauche, qui se rompt et laisse écouler quelques gouttes de pus au moment où on l'enlève.

Trompe droite ouverte.

Conservation de l'annexe droite et de l'utérus.

Résultat, deux ans après : *bon*. *Une fausse couche*.

Résultat général : la malade est forte et fait des travaux pénibles ; elle a engraisé de 1 kilogramme.

Résultat local : règles régulières, non douloureuses, durent deux jours seulement. Souffre un peu avant les règles. Ne souffre pas au moment des rapports.

La malade a fait, le 14 mars dernier, une fausse-couche de un mois et demi. L'utérus est encore gros, en bonne position. On ne sent pas l'annexe conservée.

OBS. 5 (due à l'obligeance de M. Pellanda). — M^{me} I. B..., vingt-huit ans. Rétroversion congénitale ou acquise dans la première enfance, constatée immédiatement après le mariage. Réduction à l'hystéromètre et annexe. Une grossesse en 1909. Poussées inflammatoires subaiguës au niveau de l'annexe gauche, entraînant des douleurs à peu près continues dans le membre inférieur du même côté.

Opération, 16 mai 1911. — Ablation de l'annexe gauche :

trompe ouverte, mais fixée par des adhérences, ovaire kystique. Doléris modifié.

Suppression totale des douleurs par la suite. Règles régulières. *Une grossesse* évolue régulièrement et se termine de façon normale en mai 1914.

OBS. 6 (due à l'obligeance de M. Pellanda). — M^{lle} C... Annexite bilatérale ayant provoqué des accidents douloureux depuis quatre ans. Point de départ : fausse couche provoquée. Rétroversion adhérente, métrorragie, ménorragie.

Intervention, 7 octobre 1913 (M. Pellanda). — Curetage sans dilatation préalable, ni cautérisation, par simple raclage à la curette. Ablation de l'annexe droite, fermée et adhérente. Doléris modifié, l'utérus étant fortement rétroversé et adhérent.

Les règles reparaissent en novembre, puis ne reparaissent plus. Il s'agit d'une *grossesse* ayant débuté fin novembre et terminée par une fausse couche provoquée par la malade en avril 1914. Des accidents de rétention placentaire ont nécessité un curage digital.

Depuis, excellente santé, la malade ne s'est jamais si bien portée depuis cinq ans.

OBS. 7 (due à l'obligeance de M. Pellanda). — M^{me} R..., vingt-neuf ans. Crise douloureuse, fébrile, au début de la vie conjugale, qualifiée métrite. Abdomen constamment douloureux, surtout au moment des règles. Utérus rétroversé adhérent, avec masse annexielle dans le Douglas.

Intervention, 14 janvier 1913 (M. Pellanda). — Ablation de l'annexe droite : ovaire kystique adhérent au ligament large droit sur sa face postérieure, nettement fixé à ce niveau par une poussée péritonique ancienne. Appendicectomie. Doléris modifié.

Actuellement l'état général est excellent. Localement, il n'existe aucun phénomène douloureux. Pas de grossesse,

cependant très souhaitée. Les règles sont régulières, peu abondantes.

Obs. 8. — P..., Clémence, vingt-deux ans. Tuberculose annexielle. Depuis six mois, la malade souffre, abdomen volumineux, amaigrissement. Aménorrhée presque complète, en ayant imposé pour une grossesse.

Intervention, 17 avril 1913 (M. Pollosson). — Ouverture du ventre difficile : adhérences épiploïques. On arrive péniblement sur l'utérus et les annexes gauches qui forment une poche kystique du volume d'une orange, remplie de pus. Extirpation partielle de la poche. Les annexes droites, englobées dans une zone d'adhérences, ne paraissent pas très malades et sont laissées en place. Pas d'hystérectomie. Drainage vaginal par le douglas. Ablation des annexes gauches.

Résultat, 24 mars 1914, onze mois après : *très bon*.

Résultat général : la malade se porte bien, a pris 10 kilogrammes depuis l'opération, fait son ménage. Pas de malaises, un peu nerveuse.

Résultat local : la malade ne souffre du ventre et des reins que lorsqu'elle se fatigue beaucoup. Elle ne souffre plus au moment des rapports. Conservation du sens génital. Règles régulières, non douloureuses, durent huit jours. Pas de pertes blanches.

Petite fistule insignifiante de la paroi (Pfannenstiel), par où suinte un peu de sérosité, mais pas de sang.

Utérus en bonne position, normal. Annexes droites non perçues, culs-de-sac souples.

Obs. 9. — Cl..., Marie, dix-neuf ans. — Pyosalpinx droit. Les accidents avaient débuté brusquement, en décembre 1912, par des vomissements et des douleurs à droite. La crise aiguë calmée, la malade avait coutume de souffrir du ventre. On avait pensé à un kyste ovarien tordu.

Intervention, 23 avril 1913. On trouve une masse droite du volume du poing, de couleur rougeâtre, accolée à l'utérus. Il s'agit d'une trompe distendue et surtout d'une poche ovarienne suppurée. Ablation des annexes droites. Conservation de l'utérus et des annexes gauches, saines.

Résultat, 20 mars 1914, onze mois après : *très bon*.

Résultat général : la malade est très satisfaite, se porte très bien, a repris son poids normal, travaille à la machine tout le jour, sans aucune fatigue.

Résultat local. — Les règles sont très régulières, indolores, durent cinq jours. Jamais la malade ne souffre du ventre ou des reins. L'examen local ne révèle rien d'anormal.

OBS. 10. — P..., Joséphine, vingt-sept ans. — Suppuration *post partum*. Pelvipéritonite.

Intervention, 3 septembre 1912 (M. Patel). — Ovarite gauche suppurée, incluse dans le mésocôlon iliaque, méso-sigmoïdite, épaississement du côlon. Ablation de l'ovaire gauche. Drainage par le douglas.

Résultat, 23 mars 1914, dix-huit mois après : *bon*.

Résultat général : se porte pas mal, a pris 10 kilogrammes, sans obésité, pas très forte. Aucun malaise.

Résultat local : quelques douleurs dans le ventre à gauche. Ne souffre pas pendant le coït. Menstruation normale, non douloureuse, mais un peu fréquente (tous les vingt-deux jours). Quelques pertes blanches.

Utérus en bonne attitude, on ne sent rien dans les culs-de-sac, très souples.

La malade ne souffre que d'une énorme ptose (n'a jamais porté de ceinture).

OBS. 11. — B... Marcelle, vingt-six ans. Pyosalpinx gauche du volume d'une petite tête fœtale.

Intervention, 19 décembre 1912 (M. Patel). — Ablation de l'annexe gauche. Appendicectomie.

Résultat, 15 mars 1914, quinze mois après : *bon*. La malade va bien, n'a pas engraisé, accuse quelques bouffées de chaleur, souffre parfois du ventre mais seulement si elle se fatigue trop. Ne souffre pas pendant les rapports, règles un peu fréquentes mais régulières, non douloureuses.

OBS. 12. — B... Louise, vingt-cinq ans. Annexite gauche suppurée. Fausse couche de trois mois, pas d'enfant. On pensait à une grossesse extra-utérine.

Intervention, 3 janvier 1912. — Salpingite suppurée du volume d'une orange : ablation de l'annexe gauche. Conservation de l'utérus et de l'annexe droite qui paraît saine; le pavillon est ouvert, il y a des adhérences de l'ovaire et de la trompe, on les libère, cautérisation de débris du côté gauche. Huile camphrée.

Résultat, 27 mars 1914, deux ans et deux mois après : *bon*.

Résultat général : la malade ne va pas mal, a engraisé de 10 kilogrammes, s'occupe de son ménage, mais ne peut pas faire de travail pénible. Pas de signes de ménopause chirurgicale.

Elle se plaint depuis son opération de douleurs dans le flanc gauche, surtout quand elle se fatigue, mais c'est une névropathe évidente, qui exagère beaucoup ses sensations, souffre bien davantage du pincement de la paroi que de la palpation profonde.

Résultat local : règles assez irrégulières, douloureuses, très abondantes, perd parfois deux fois dans le mois. Pas de pertes blanches. Pas de douleur pendant le coït, pas de modification du sens génésique.

Rien à l'examen local, utérus en bonne attitude, annexe droite normale, non douloureuse.

OBS. 13 (obs. I de la thèse d'Armand). — M..., trente et un ans. Salpingo-ovarite suppurée gauche, du volume d'un

gros œuf. Ablation par M. Pollosson, le 15 novembre 1906.

Conservation de l'annexe droite après libération de ses adhérences et vérification de la perméabilité de la trompe. Conservation de l'utérus fixé par plicature des ligaments ronds.

Résultat, cinq ans après : *améliorée*. Une fausse couche de deux mois après l'opération.

Travaille, quelques ménorrhagies, quelques douleurs dans l'intervalle des règles, pertes blanches abondantes, utérus gros, annexes droites volumineuses mais peu douloureuses.

Mars 1914. — La malade écrit qu'elle est très satisfaite de son opération. Elle est forte, travaille, ne souffre que rarement du ventre. Les règles sont régulières, indolores, durent quatre ou cinq jours. De temps en temps quelques pertes rouges dans l'intervalle des règles. Peu de pertes blanches. Pas de grossesse nouvelle.

OBS. 14 (XXXI in thèse d'Armand). — G..., trente-trois ans. Rétroversion adhérente. Annexite gauche purgée avec trompe fermée.

Intervention, 31 mai 1911. — Ablation de l'annexe gauche. Conservation de l'annexe droite saine et de l'utérus (fixé par le procédé de Doléris-Pellanda).

Résultat, quatre mois après : *assez bon*. Crises d'épilepsie non modifiées par l'opération, malaises et bouffées de chaleur à la veille de ces crises. Travaille un peu. Règles moins douloureuses qu'avant l'intervention. Pas de douleurs au moment des rapports. Utérus en bonne position. On ne sent pas d'annexe.

Résultat, deux ans et dix mois après : *bon*. Va bien, travaille, ne prend plus que trois ou quatre crises par mois, au lieu de treize ou quatorze par semaine avant son opération. Pas de troubles d'insuffisance ovarienne. Ne souffre jamais du ventre. Pas de douleur pendant le coït, conservation du sens génésique. Les règles ne sont plus doulou-

reuses, régulières, peu abondantes (un jour et demi). Pas de pertes blanches. Utérus en bonne attitude, plaqué contre la paroi. Les annexes droites sont normales.

OBS. 15. — D.. Marie, trente-deux ans. Annexite gauche.

Intervention, 8 juillet 1913 (M. Mazet). — Hydrosalpinx gauche. La trompe gauche distendue présente le volume de l'intestin grêle, elle contient un liquide séreux. Ablation des annexes gauches, conservation de l'utérus et des annexes droites saines. Fixation utérine par le procédé de Doléris-Pellanda.

Résultat, 25 mars 1914, huit mois et demi après : *très bon*.

Résultat général : la malade se porte bien et se sent forte, travaille. Poids stationnaire. Pas de malaises, sauf quelques maux de tête.

Résultat local : ne souffre pas du ventre hors le cas de fatigues excessives. Ne souffre plus au moment des rapports. Pas de modification du sens génésique.

Règles normales, très régulières, non douloureuses.

Envies fréquentes d'uriner. Pertes blanches.

Utérus en excellente position, bien maintenu : col normal. L'annexe droite n'est ni volumineuse ni sensible.

OBS. 16. — S..., vingt-cinq ans. Dysménorrhée, puis souffre depuis une fausse couche le 31 janvier 1914. Annexite droite.

Intervention, le 19 février 1914 (M. Polloson). — Hydrosalpinx droit tordu. Ablation. Conservation de l'utérus et des annexes gauches.

Revue le 20 mars 1914. Va très bien, travaille. Aucun malaise, n'a plus souffert du ventre, ni pendant le coït. N'a pas encore eu ses règles.

Utérus en antéverson normale. Annexe gauche perceptible, mais non douloureuse.

La malade écrit le 20 juin qu'elle ne s'est jamais aussi bien portée, elle ne souffre plus du ventre, ses règles sont régulières, indolores.

OBS. 17. — C..., vingt-neuf ans. Rétroversion et annexite.

Intervention, 20 novembre 1907 (M. Pollosson). — Salpingite droite avec rétention, ovarite kystique droite : ablation de l'annexe droite. Trompe gauche ouverte avec pavillon resserré, mais encore perméable; ovaire petit, scléreux. Conservation de l'utérus et de l'annexe gauche. Salpingopexie et fixation utérine.

Résultat, deux ans après : *assez bon*. Se porte bien, travaille, pas de signes d'insuffisance ovarienne. Souffre quelquefois du ventre dans l'intervalle des règles et au moment des rapports. Peu de pertes blanches. Utérus en bonne position. A droite induration cicatricielle indolore de la base du paramètre.

Résultat, 28 mars 1914, six ans et quatre mois après : *bon*. Va très bien, travaille sans peine. Aucun trouble d'insuffisance ovarienne. Pas d'obésité. Ne souffre jamais du ventre. Ne souffre pas pendant le coït, frigidité génitale depuis toujours. Règles très régulières, indolores, tous les vingt et un jours, durent deux à trois jours comme avant l'opération et sont d'abondance moyenne. Quelques pertes blanches. Utérus en bonne attitude, attiré légèrement à droite. Un peu d'empâtement sur le bord latéral gauche de l'utérus et en arrière, sans annexite isolable. Pas de douleur à l'examen.

OBS. 18 (due à l'obligeance de M. Pellanda). — M^{me} Ch..., vingt-deux ans. Accident douloureux au début du mariage, de nature probablement gonococcique. Depuis douleurs continues surtout au moment des règles avec amaigrissement, ptose viscérale, rétroversiion peu mobile.

Intervention, le 20 avril 1912 (M. Pellanda). — Ablation de l'annexe droite (trompe fermée et adhérente, ovaire kys-

tique) du volume d'une mandarine. Appendicectomie. Doléris modifié.

Actuellement excellente santé, a engraisé. Utérus bien maintenu, en attitude normale. Règles régulières, plutôt moins abondantes que jadis.

OBS. 19. — T... Marie, vingt et un ans. Annexite gauche.

Intervention, 9 septembre 1911 (M. Violet). — Ablation de l'annexe gauche par voie vaginale. Décortication au doigt et ablation de la trompe épaissie du volume du pouce, de l'ovaire gros. Fermeture du douglas.

Résultat, mars 1914, deux ans et demi après : *bon*.

La malade écrit qu'elle va parfaitement bien et n'a jamais éprouvé aucun malaise.

OBS. 20. — M... Lucie, trente-six ans. Annexite droite. L'examen clinique montrait une grosse masse kystique droite qui avait pu faire penser à une hématocele.

Intervention, 5 avril 1911 (M. Patel). — Annexite droite légère avec utérus rétroversé et surtout pelvipéritonite. Ablation de l'annexe droite. Fixation utérine par le procédé de Doléris-Pellanda.

Résultat, 30 avril 1914, deux ans et huit mois après : *très bon*.

Résultat général : la malade va très bien, se déclare très satisfaite. Quelques vapeurs avant ses règles, nervosité et insomnie pendant les huit jours qui suivent. Elle a un peu de ptose abdominale, ce qui l'empêche de faire des travaux très pénibles.

Résultat local : elle ne souffre jamais du ventre ni des reins. Menstruation normale non douloureuse. Ne souffre pas pendant ses rapports. Pas de grossesse, mais ne tient pas à avoir des enfants. Peu de pertes blanches.

L'examen local montre un utérus normal en bonne attitude placé contre la paroi. Les culs-de-sac sont souples, on ne sent rien.

OBS. 21. — W... Clésia, dix-neuf ans. Annexite. Gonorrhée remontant à trois mois. On sent à gauche une annexite volumineuse et dure, prolabée dans le douglas. Les annexes droites paraissent relativement indemnes.

Intervention, 12 décembre 1913 (M. Mazet). — A gauche, trompe fermée et ovaire kystique : ablation. L'ovaire droit paraît sain, la trompe droite quoique augmentée de volume (salpingite ancienne) est ouverte et perméable au stylet. Conservation des annexes droites et de l'utérus.

Résultat, 24 mars 1914, trois mois et demi après : *très bon*.

Résultat général : la malade va très bien, a engraisé de quelques kilogrammes, fait un travail très pénible depuis un mois. Aucun malaise.

Résultat local : les règles ne sont pas douloureuses. Ont été régulières, sauf en mars, où la malade a perdu deux fois. Très peu de pertes blanches.

Utérus en excellente position, mobile, de volume normal.

Les annexes droites sont perceptibles mais non douloureuses.

OBS. 22. — R... Françoise, trente-huit ans. Annexite ancienne. Depuis quinze ans, la malade souffrait à la suite d'un accouchement, malgré de nombreux traitements : tampons, ovules, etc.

Intervention, 27 octobre 1913 (M. Patel). — Castration unilatérale gauche. Fixation utérine. Appendicectomie.

Résultat, 28 mars 1914, cinq mois après : *très bon*.

Résultat général : la malade va très bien, est très satisfaite ; elle a engraisé de façon notable. Ses forces reviennent, elle travaille. Aucun malaise.

Résultat local : règles très régulières tous les vingt-huit jours, durent quatre jours ; légères douleurs le premier jour seulement. Ne souffre pas au moment des rapports. Pas de modification du sens génésique. Quelques pertes blanches.

Très bon état local. Utérus en bonne position. Cul-de-sac très souple. Rien d'anormal à l'examen.

OBS. 23. — Q... Louise, trente ans. Rétroversion et annexite droite. La malade ne souffrait pas et était venue pour des pertes rouges.

Intervention, 23 avril 1912 (M. Patel). — Ablation de l'annexe droite. Conservation de l'utérus et de l'annexe gauche.

27 novembre 1912. — Utérus en bonne position, relativement mobile. Ovaire gauche gros, kystique (?). La malade ne souffre pas.

Résultat, 20 mars 1914, neuf mois après : *très bon*. Va bien. A pris 6 kilogrammes. Forte comme avant sa maladie. Aucun malaise.

A souffert du ventre pendant un an mais ne souffre plus du tout actuellement. Pas de douleurs pendant le coït. Règles normales indolores. Quelques pertes blanches après les époques.

OBS. 24. — B... Louise, vingt-six ans. Annexite droite. La malade était venue à la visite pour une dysménorrhée atroce. Elle souffrait déjà étant jeune fille. Souffre davantage depuis son mariage. Pas de grossesse. Beaucoup de pertes jaunes.

Intervention, 31 décembre 1912. — Ablation de l'annexe droite. Fixation de l'utérus par le procédé de Doléris-Pellanda.

Résultat, 17 mars 1914, quatorze mois après : *bon*.

Résultat général : l'état de la malade a subi une amélioration progressive ; elle a pu travailler dans un atelier de guimprière un mois après sa sortie de l'hôpital, a engraisé un peu.

Résultat local : elle ne souffre jamais du ventre ou des reins, sauf au moment de ses règles, qui sont cependant

bien moins douloureuses qu'autrefois et parfois même absolument indolores. Les règles sont régulières de durée et d'abondance normale. Pas de pertes blanches. Souffre quelquefois un peu au moment des rapports. Sens génésique un peu amélioré depuis l'intervention.

Utérus en bonne position, plaqué contre la paroi abdominale, de volume normal. Annexe non perçue.

OBS. 25. — T... Eugénie, vingt-huit ans. Annexite droite. La malade souffre du ventre depuis quatre ans.

Intervention, 13 septembre 1913 (M. Pollosson). — Ablation des annexes droites : hématome dans un kyste folliculaire de l'ovaire droit. Ablation de deux noyaux fibromateux sur le fond utérin.

Résultat, 6 mars 1914, six mois après : *bon*. Excellent état général. Fait son ménage sans peine. Souffre un peu du côté gauche, mais moins qu'avant l'opération. Douleurs, plus marquées à l'approche des règles, dans les reins, ne nécessitant pas le repos au lit. Bien réglée depuis l'opération (perdait huit jours avant, perd quatre jours seulement). Pas de pertes blanches.

Toucher : cul-de-sac souple. Annexe gauche non perçue. Utérus horizontal avec tendance à la rétroversion. Paraît fixé dans cette attitude. Ne se réduit pas.

OBS. 26. — J... Jeanne, vingt-six ans. Rétroversion adhérente et annexite gauche. Souffre du ventre depuis cinq ans.

Intervention, 21 juin 1913 (M. Pellanda). — Symphyse péritonitique ancienne. Ablation de la trompe gauche fermée et de l'ovaire gauche. Conservation de l'annexe droite. Fixation de l'utérus par le procédé de Doléris-Pellanda (prise du ligament rond droit seul).

Résultat, 10 mars 1914, neuf mois après : *bon*. Va beaucoup mieux. Moins nerveuse qu'auparavant. Quelques

malaises et quelques vapeurs, quinze jours avant ses règles. Céphalées fréquentes. La malade souffre d'une entérite muco-membraneuse. Ne souffre pas du ventre en dehors de la période digestive. Pas de douleurs pendant le coït. Règles régulières. Souffre un peu avant et le premier jour. Quelques pertes blanches avant ses règles.

OBS. 27. — G... Jeanne. Annexite droite. A eu il y a dix ans une poussée de salpingite droite. En mars 1913, fausse couche, à la suite de laquelle la malade a recommencé à souffrir.

Intervention, 5 mai 1913 (M. Pollosson). — Salpingo-ovarite suppurée droite, très adhérente dans le douglas et à l'intestin ; la trompe est crevée et un peu de pus s'écoule dans les tentatives d'extraction. Ablation de l'annexe droite. Du côté gauche, il existe quelques adhérences, mais trompe saine et ouverte. Ovaire sain.

Résultat, 25 mars 1914, dix mois et demi après : *très bon*.

Résultat général : va bien, travaille depuis le mois d'août dans une fabrique, sans fatigue. Pas de malaise. A repris son poids normal.

Résultat local : souffre un peu du côté gauche, mais a eu de la pleurésie en avril 1913. Pas de douleur pendant le coït. Pas de modification du sens génésique. Menstruations normales, un peu douloureuses comme elles l'ont toujours été. Pas de pertes blanches. Utérus en antéversion, normal. Bonne attitude. Rien dans le cul-de sac.

Résultat excellent.

OBS. 28. — L... Valentine, trente et un ans. Rétroversion adhérente.

Intervention, 7 mars 1912 (M. Pellanda). — Libération des adhérences nombreuses et solides du douglas. Ablation de l'ovaire gauche (ovarite kystique). Fixation de l'utérus par procédé de Doléris-Pellanda.

Résultat, 20 mars 1914, deux ans après : *très bon*. Va bien, poids normal. Aucun malaise. A souffert un peu du ventre et des reins pendant les six premiers mois qui ont suivi l'intervention. Actuellement : règles normales, non douloureuses. Pas de pertes blanches.

OBS. 29. — F... Gladie. Annexite gauche.

Intervention, 11 septembre 1913 (M. Patel). — Salpingectomie gauche. Appendicectomie.

Résultat, 10 avril 1914, sept mois après : *bon*.

Résultat général : la malade va très bien, a repris ses forces comme avant d'être malade, n'a pas engraisé.

Résultat local : souffre un peu du ventre et des reins pendant huit jours dans la période intermenstruelle. Souffre encore un peu au moment des rapports. Menstruation normale, indolore. Pas de pertes blanches.

Utérus en bonne attitude. Annexe droite non perceptible.

OBS. 30. — G... Marie, vingt-cinq ans. Annexite. Depuis six mois la malade souffre constamment du ventre, marche pliée en deux. Ses règles sont interminables. A eu beaucoup de pertes jaunes. Gonorrhée probable.

Intervention, 25 octobre 1912 (M. Patel). — Annexite gauche (hydrosalpinx). Salpingectomie gauche. Conservation de l'ovaire gauche, de l'utérus et des annexes droites. Fixation utérine par le procédé Doléris-Pellanda.

Résultat, 21 mars 1914, dix-sept mois après : *bon*.

Résultat général : la malade travaille tout le jour à la machine, n'a aucun malaise d'ordre génital. Elle est pâle, amaigrie (a perdu 10 kilogrammes), se plaint de troubles digestifs.

Résultat local : Elle ne souffre jamais du ventre ni des reins, elle accuse seulement quelques maux de reins la veille de ses règles ; celles-ci durent quatre ou cinq jours, sont irrégulières, surviennent souvent deux fois dans le mois. Pas de pertes blanches.

Utérus en parfaite attitude, très mobile, nettement collé à la paroi. On sent l'annexe droite qui n'est pas douloureuse.

OBS. 31. — F.... Catherine, vingt-quatre ans et demi, coiffeuse. Utérus rétroposé, antéfléchi. Salpingite blennorragique récente.

Intervention, 22 juin 1908 (M. Pollosson). — Ablation de la trompe droite suppurée. Conservation de l'ovaire droit. La trompe gauche est perméable, on fait sourdre par le pavillon une grosse goutte de pus. Conservation de l'annexe gauche. Fixation utérine.

Résultat, 23 avril 1914, cinq ans et dix mois après.

Résultat général : la malade travaille, est forte, a grossi, se plaint de maux de tête.

Résultat local : souffre parfois du ventre et parfois aussi pendant les rapports. Les règles ne sont pas très régulières, assez douloureuses. Beaucoup de pertes blanches.

Améliorée, dysménorrhée.

OBS. 32 (V de la thèse d'Armand). — L... Adèle, vingt-deux ans. Abscess de l'ovaire gauche. Ablation de l'annexe, par M. Gayet, le 11 juin 1909. Conservation de l'utérus et des annexes opposées.

Résultat en 1911, deux ans après : *mauvais*.

Résultat général : travaille très peu, ne se porte pas très bien.

Résultat local : Souffre presque quotidiennement. Dysménorrhée accentuée pendant douze à quinze jours par mois. Beaucoup de pertes jaunes et verdâtres. Ne souffre pas pendant le coït, mais a quelquefois des douleurs à la miction.

Résultat, 29 juin 1914, *améliorée*.

Résultat général : la malade peut travailler, son état s'est amélioré très sensiblement. Elle est devenue plus ner-

veuse. Souffre parfois pendant le coït. Souffre parfois du ventre et des reins. Quelques douleurs à la miction depuis l'opération. Règles un peu trop fréquentes, mais indolores. Pertes blanches.

Utérus horizontal. Côté gauche souple. A droite, annexe peu volumineuse.

OBS. 33 (due à l'obligeance de M. Pellanda). — R... Louise, vingt ans. Rétroversion très accentuée constatée depuis plusieurs années. Règles très douloureuses intermenstruelles.

Intervention, 26 juin 1912 (M. Pellanda). — Ablation de l'ovaire droit, gros, mou, œdémateux avec points kystiques. Fixation de l'utérus par procédé de Doléris-Pellanda.

Les douleurs ont disparu pendant quelques mois; ont reparu moins accentuées par la suite. Il s'agit probablement d'ovarite scléro-kystique de type anormal.

OBS. 34. — S... Marie, vingt-huit ans. Annexite ancienne. La malade a fait déjà plusieurs séjours à la Charité.

Intervention, 23 décembre 1912. — Pelvipéritonite et salpingite anciennes. Ablation de l'annexe gauche. Fixation utérine par le procédé de Doléris-Pellanda. Appendicectomie. Conservation de l'annexe droite.

Résultat, 23 mars 1914, quinze mois après : *améliorée* (métrite).

Résultat général : va très bien, travaille dans une usine, a perdu 2 à 3 kilogrammes.

Résultat local : souffre parfois très légèrement du côté droit au moment de ses règles et quand elle se fatigue. Pas de douleurs pendant les rapports. Menstruation normale, mais depuis deux mois la malade a fréquemment des pertes rouges dans l'intervalle de ses règles, spontanément et sous l'influence du coït. Beaucoup de pertes blanches.

L'utérus est en bonne attitude, plaqué contre la paroi mobile, mais il est un peu gros, le fond dur, col volumineux, probablement métritique. L'annexe droite est perceptible sans être volumineuse ni douloureuse.

OBS. 35 (XXXV de la thèse d'Armand). — M... Francine, dix-neuf ans. Rétroversion adhérente avec utérus gros et mou. Salpingite droite suppurée, *post abortum*; deux ovaires petits et durs. Salpingectomie droite et fixation utérine (procédé de Doléris), par M. Violet, le 15 novembre 1910 : conservation de l'utérus pathologique, de l'annexe gauche saine et de l'ovaire droit à peu près sain.

Résultat, un an après : *assez bon*. Se porte bien, pas de signes d'insuffisance ovarienne. Souffre quelquefois de lassitude et d'endolorissement dans le ventre. Beaucoup de pertes blanches. Souffre quelquefois pendant les rapports.

Mars 1914, trois ans et quatre mois après. — Va bien, mais ne peut pas faire de travaux pénibles. Quelques malaises. Devient plus nerveuse. Souffre quelquefois des reins. Ne souffre pas pendant le coït. Règles indolores, trop espacées, d'abondance normale. Pertes blanches.

OBS. 36 (obs. XVII de la thèse d'Armand). — R..., vingt-six ans. Annexite droite ancienne avec péritonite localisée à la fosse iliaque droite, *post abortum*.

Intervention, 4 mai 1911. — Ablation de la trompe droite et de l'appendice. Conservation partielle de l'ovaire droit pathologique, de l'annexe gauche saine et de l'utérus.

Résultat, cinq mois après : *mauvais*. Ne peut travailler, souffre de chaleur, vertiges. Souffre à droite dans l'intervalle des règles; ne souffre pas pendant les rapports. Beaucoup de douleurs à la miction. Règles très abondantes, non douloureuses.

Résultat, 25 mars 1914, deux ans et dix mois après : la malade a maigri de 8 kilogrammes, digère mal, a des crises

d'entérite muco-membraneuse ; elle ne peut travailler, vertiges, bouffées de chaleur fréquentes ; très nerveuse, peurs irraisonnées, cauchemars la nuit.

Souffre pendant le coït depuis son mariage, cela a toujours été un supplice pour elle.

Règles régulières tous les vingt jours, abondantes (six jours), non douloureuses. Pertes blanches. Utérus petit, en bonne attitude, l'annexe gauche est perceptible, mais n'est ni douloureuse, ni volumineuse.

Améliorée, entérite.

OBS. 37. — V..., vingt-cinq ans. Pelvipéritonite. La malade s'est fait une injection abortive dans l'utérus.

Intervention, 16 novembre 1911 (M. Pollosson). — Les deux trompes sont enflammées, mais le pavillon est ouvert. Pelvipéritonite : collection pelvienne. L'annexe gauche est enlevée. Conservation de l'utérus et de l'annexe droite. Huile camphrée.

Résultat, 18 mars 1914, deux ans et quatre mois après : *mauvais*.

Résultat général : la malade se porte assez bien, peut travailler sans trop de peine. Quelques bouffées de chaleur.

Résultat local : utérus gros en rétroversion adhérente. Paramétrite droite, sans que l'on sente d'annexe isolable. Accuse certains troubles dus à sa rétroversion : maux de reins fréquents, règles régulières non douloureuses mais plus abondantes et plus longues qu'avant l'intervention (huit jours), pertes jaunâtres pendant les deux ou trois jours qui suivent les règles. Souffre quelquefois pendant le coït. Pas de modification du sens génésique. Quelques crises abdominales très douloureuses à droite, obligeant la malade à se coucher une heure ou deux, survenant deux fois par an.

Mauvais résultat : métrite, rétroversion adhérente.

OBS. 38 (XII thèse Armand). — O..., trente ans. Salpingite droite kystique. Ablation de la trompe droite, par M. Tixier, le 28 octobre 1907. Conservation de l'utérus, de l'ovaire droit sain et de l'annexe gauche saine.

Résultat, quatre ans après : *améliorée*.

Travaille bien, aucun trouble de ménopause chirurgicale, légères douleurs dans l'intervalle des règles, souffre sensiblement pendant le coït. Utérus gros, rétroversé au premier degré avec un hydrosalpinx gauche légèrement douloureux, du volume d'une mandarine.

Avril 1914. — Se porte bien, a engraisé, fait un travail pénible, est devenue un peu plus nerveuse, ne souffre jamais du ventre, ne souffre pas pendant le coït. Les règles ont été normales jusqu'à ces cinq derniers mois ; depuis, métrorragies persistantes avec caillots.

Rétroflexion utérine très nette qui a persisté. L'annexe gauche est encore perçue plaquée contre la paroi.

Mauvais résultat : rétroflexion utérine, métrorragies, annexite.

OBS. 39. — R... Anne, vingt et un ans. Pyosalpinx.

Intervention, 19 juillet 1913. — Ablation de l'annexe droite.

5 septembre. — Revient avec une tuméfaction mobile de l'annexe gauche.

Deuxième intervention, 17 janvier 1914 (M. Pollosson). — La malade est revenue pour douleurs et grosse masse gauche. Ablation de la trompe gauche restante, grosse, épaissie, bosselée, à contenu purulent. Conservation de l'utérus et de l'ovaire gauche.

2 février. — Développement, avec un peu de température dans le douglas, d'une masse grosse comme le poing ; on retire par une ponction du cul-de-sac à l'aiguille 150 grammes de liquide hématique, probablement pelvi-péritonitique.

Résultat, 17 juin 1914, six mois après : ne va pas mal. Peut travailler sans trop de peine, quoiqu'elle ne soit pas très forte et qu'elle ait maigri. Quelques signes d'insuffisance ovarienne : dix jours avant ses règles, malaises, nausées, bouffées de chaleur. Douleurs légères dans le côté gauche. Règles régulières indolores, modérément abondantes (trois jours, duraient dix jours auparavant). Pertes blanches.

Ne souffre pas pendant les rapports, pas de modification du sens génésique.

Deviendrait plus nerveuse, tendances aux idées noires.

Utérus en bonne position, paraît un peu gros, ovaire non perceptible, non douloureux.

Résumé. — Castration unilatérale pour pyosalpinx ; récurrence du côté opposé : nouvelle intervention conservatrice, salpingectomie avec conservation de l'utérus et d'un ovaire.

Analyse des observations.

Dans un premier groupe, nous avons classé 39 observations de salpingo-ovarites unilatérales. A vrai dire, il ne s'agissait pas toujours de lésions strictement unilatérales, et beaucoup d'annexes, que nous avons considérées comme saines, présentaient de la congestion, du gonflement des adhérences ; la persistance de l'ouverture du pavillon, l'absence de pus à l'intérieur de la trompe conservée, la possibilité d'un certain degré de tuméfaction, mais sans épaississement et sans induration de ses tuniques, l'absence aussi de lésions importantes de l'ovaire, voici les caractères qui nous ont servi à faire le partage des deux groupes d'observations. Dans le second groupe, il s'agit de salpingo-ovarites bilatérales ; les lésions irrémédiables d'un côté étaient relati-

vement importantes de l'autre côté, puisque la trompe était épaissie, toujours fermée ou même purulente.

Dans les 39 observations du premier type, la castration unilatérale fut pratiquée 36 fois, la salpingectomie 3 fois. Sur l'annexe saine, ou prétendue telle, on n'a pas pratiqué d'autres interventions que la rupture d'adhérences, et la résection ovarienne (1 fois).

Les lésions observées du côté où l'on dut faire l'ophoro-salpingectomie ou l'ablation simple de la trompe, furent :

- 12 pyosalpinx ou sapingo-ovarites suppurées ;
- 3 abcès de l'ovaire ;
- 2 hydrosalpinx avec ovarite kystique ;
- 4 hydrosalpinx ;
- 6 annexites parenchymateuses ;
- 6 rétroversions adhérentes avec annexites (trompe fermée, purulente ou ovaire kystique) ;
- 3 ovarites kystiques avec adhérences ;
- 3 pelvi-péritonites avec annexite légère.

La fixation de l'utérus a été faite 15 fois.

L'étiologie probable des lésions a été : la tuberculose (1 cas), la puerpéralité (8 fois) ; dans le reste des cas, la blennorrhagie :

- (1 à 30) 30 malades ont un bon résultat, 77 pour 100 ;
 - (31 à 36) 6 malades sont seulement améliorées, 15 pour 100 ;
 - (37 à 38) 3 malades ont un mauvais résultat, 7,50 pour 100.
- (L'une d'elles a subi une nouvelle intervention).

Les malades ont été revues après un laps de temps qui varie de cinq ans à quelques mois.

Les *guérisons* : chez les 30 malades qui ont obtenu un bon résultat, l'examen local nous a permis de constater l'absence de récurrence. Deux fois seulement nous avons perçu des annexes qui, d'ailleurs, n'étaient pas douloureuses. Une fois nous avons trouvé un utérus fixé dans un léger degré de rétroversion, mais ne déterminant pas de troubles fonctionnels.

6 malades accusent quelques douleurs abdominales ou lombaires au moment de leurs règles, mais il ne s'agit pas là d'une véritable dysménorrhée. 2 malades seulement signalent un peu d'irrégularité de leurs règles.

La plupart n'ont plus de pertes blanches ou n'en sont pas incommodées, et ne présentent pas de phénomènes de métrite.

La guérison paraît donc acquise tant au point de vue local, qu'au point de vue général. Les malades sont satisfaites de leur état, de la persistance de leur menstruation. La plupart sont des femmes du peuple, beaucoup font en dehors de leur ménage un travail pénible ou même gagnent leur vie à l'usine. L'état nerveux des malades que nous avons vues et interrogées nous a paru normal, quelques-unes se sont plaintes d'être un peu nerveuses, irritables, et en cherchant à préciser, nous avons constaté qu'elles l'avaient toujours été.

Les *améliorations*. — Les malades sont seulement améliorées :

Obs. 31, règles irrégulières, dysménorrhée ;

Obs. 32, annexe conservée un peu volumineuse, quelques douleurs ;

Obs. 33, dysménorrhée et douleurs intermenstruelles, dégénérescence scléro-kystique probable de l'ovaire conservé ;

Obs. 34, utérus métritique, quelques métrorragies ;

Obs. 35, quelques malaises, nervosité, asthénie ;

Obs. 36, crise d'entérite, annexe normale ;

Si ces femmes présentent quelques troubles locaux ou quelques troubles fonctionnels ennuyeux, ce ne sont pas des malades, elles peuvent travailler et n'ont nulle envie de solliciter une nouvelle intervention.

Les mauvais résultats. — Ils sont au nombre de trois :

Obs. 37, mauvais résultat local : métrite, rétroversion adhérente. Pertes purulentes. Assez bon résultat fonctionnel ;

Obs. 38, rétroflexion utérine, annexite, métrorragies depuis cinq mois. Bon état général ;

Obs. 39, récurrence, salpingite purulente. Opération itérative avec l'ablation de la trompe restante, conservation de l'utérus et de l'ovaire. Cette nouvelle conservation paraît donner un bon résultat.

Grossesses. — Parmi les 39 observations, nous relevons 7 cas de grossesse :

Obs. 3 et 5, 2 malades ont accouché normalement ;

Obs. 1 et 2, 2 sont enceintes actuellement ;

Obs. 4, 6 et 13, 3 ont fait des fausses couches (dans un cas la malade a avoué avoir provoqué l'avortement).

Quatre de ces malades avaient subi la castration

unilatérale pour salpingo-ovarite d'origine abortive ou puerpérale.

Nous aurions dû constater un nombre de grossesses plus grand, mais beaucoup de nos malades ne sont pas mariées, et plusieurs même parmi celles qui sont mariées nous ont avoué ne pas désirer la maternité.

Quant aux relations que nous avons pu constater entre la nature de l'infection annexielle, il est difficile de tirer de conclusions très précises.

Si après les infections streptococciques, nous avons pu constater 4 grossesses, elles nous ont donné aussi deux résultats incomplets ou mauvais (obs. 36 et 37).

L'ablation des pyosalpinx unilatéraux a donné des guérisons parfaites, mais aussi une récurrence, qui a nécessité une opération itérative.

Dans l'ensemble, les résultats sont très satisfaisants :

77 pour 100 des malades sont guéries ;

92,50 pour 100 des malades ont retiré un bénéfice de l'opération ;

18 pour 100 sont devenues enceintes.

5° OBSERVATIONS. — SALPINGO-OVARITES BILATÉRALES. — CASTRATION UNILATÉRALE ET INTERVENTIONS CONSERVATRICES PARTIELLES SUR LES ANNEXES DU COTÉ OPPOSÉ.

OBS. 40. — F... Rose, dix-neuf ans. Rétroversion avec annexite. Infection *post abortum*.

Intervention, 28 novembre 1912 (M. Pollosson). — Salpingite suppurée à gauche. Ablation partielle des deux trompes, conservation des ovaires et de l'utérus, fixation utérine par le procédé de Doléris-Pellanda.

Résultat, 20 mars 1914 : *bon*.

Va bien, mais a maigri de 8 kilogrammes, peut travailler, aucun malaise.

Ne souffre jamais du ventre ou des reins. Règles régulières, peu abondantes. Quelques petites pertes sanguines huit jours après la disparition des règles. Pas de pertes blanches.

OBS. 41 (XIX de la thèse d'Armand). — V... Elisabeth, vingt-sept ans. Annexite bilatérale légère avec petit foyer de pelvipéritonite séreuse.

Intervention, 17 octobre 1910 (M. Pollosson). — Ablation de la trompe droite fermée, un peu distendue par du pus. Trompe gauche fermée sans pus, molle, salpingostomie par section de la trompe et rebroussement des lèvres que l'on fixe au catgut. On fixe l'utérus resté rétroversé par deux points de soie à travers les ligaments larges. Conservation de l'ovaire droit resté sain, de l'annexe gauche et de l'utérus.

1^{er} septembre 1911. — Curettage pour métrorragies persistantes depuis (quatre mois).

29 février 1912. — Ablation d'un kyste de l'ovaire droit, réouverture de la trompe gauche qui s'était fermée à la suite d'une première salpingostomie. Conservation de l'ovaire gauche.

Au départ, on sent une tuméfaction annexielle gauche du volume d'un œuf de poule.

29 avril. — La tuméfaction annexielle est moins volumineuse, la malade va bien.

Résultat, 3 avril 1914, deux ans après la dernière intervention : *bon*.

Résultat général : va bien, peut travailler. Aucun trouble de ménopause chirurgicale, a pris 8 kilogrammes, n'est pas obèse, n'est pas nerveuse.

Résultat local : ne souffre plus du tout du ventre depuis un an. Pas de douleurs dans le coït, sa vie génitale n'a pas

été modifiée. Les règles ne sont pas douloureuses, mais seulement un peu trop fréquentes et trop abondantes (quelques caillots). Utérus en bonne position. Le Doléris tient bien. A droite, rien. A gauche, on perçoit une tuméfaction annexielle du volume du pouce, correspondant à la trompe, mais non douloureuse à l'examen, nisponantément.

OBS. 42 (XLVI de la thèse d'Armand). — P..., trente-quatre ans. Souffre du ventre depuis son mariage, dysménorrhée. Pas de grossesse. Rétroversion adhérente, salpingite bilatérale.

Intervention, 12 novembre 1909 (M. Patel). — Ablation partielle des trompes : double salpingostomie, conservation des ovaires sains, fixation de l'utérus.

Résultat, un an après : *bon*. Se porte mieux, quelques bouffées de chaleur, quelques douleurs du ventre dans l'intervalle des règles. Règles régulières. Utérus en bonne attitude, on ne sent pas d'annexe.

Résultat, mars 1914, quatre ans et quatre mois après : *bon*.

Résultat général : va très bien, travaille sans peine, aucun malaise, n'est pas nerveuse, a pris 8 kilogrammes.

Résultat local : souffre un peu dans le bas ventre du côté gauche quand elle se fatigue. Le coït n'est plus douloureux, conservation du sens génésique, règles pas très régulières (déjà irrégulières avant sa maladie), assez abondantes (deux ou trois jours), parfois douloureuses le premier jour, quelques pertes blanches, pas de grossesse.

Utérus horizontal, trompe gauche kystique du volume d'une petite mandarine, pour laquelle un chirurgien a proposé une intervention, que la malade a refusée, car elle en souffre à peine.

OBS. 43. — T... Philomène, trente-neuf ans. Rétroversion adhérente.

Intervention, 18 mars 1912 (M. Pollosson). — Annexite bilatérale ancienne éteinte avec adhérence de l'utérus au rectum. Libération facile, salpingostomie à droite, résection des annexes gauches, fixation de l'utérus par le procédé de Doléris-Pellanda.

Résultat, 20 mars 1914, vingt-deux mois après : *bon*. va bien, peut travailler (tient un commerce de boucherie), pas de signes d'insuffisance nerveuse, pas de troubles nerveux, a pris 5 kilogrammes.

Ne souffre jamais du ventre ou des reins, pas de douleurs à l'occasion du coït, bien réglée, pas de pertes blanches, pas de grossesse.

OBS. 44. — M... Fanny, vingt-sept ans. Appendicite ancienne, annexite.

Intervention, 27 décembre 1911 (M. Pellanda). — Ablation de l'annexe droite, hydrosalpinx, ovaire kystique, libération de l'annexe gauche, section d'adhérences vélamenteuses, salpingostomie gauche, fixation utérine par le procédé de Doléris-Pellanda. Curettage.

Résultat, 30 avril 1914, deux ans et quatre mois après : *bon*. L'état général est excellent, la malade travaille sans peine.

Résultat local : la menstruation est régulière et n'est plus douloureuse, jamais de douleur dans le ventre ou les reins, ne souffre plus pendant les rapports, peu de pertes blanches, pas de grossesse.

L'examen local ne révèle rien d'anormal. Annexe gauche non perçue, utérus en bonne attitude.

OBS. 45. — P... Armandine, trente ans. Annexite ancienne. La malade souffrait du ventre depuis longtemps, peut-être depuis un accouchement qui remonte à six ans.

Intervention, 12 septembre 1913 (M. Patel). — A droite : ablation de la plus grande partie de la trompe (salpingite

ancienne), conservation de l'ovaire droit. A gauche : ablation de l'annexe. La trompe distendue épaissie est ouverte dans une poche appendue à l'ovaire, à l'intérieur de laquelle on reconnaît seulement le pavillon. Le tout contient du sang. En somme il s'agit d'un hématosalpinx double dans des trompes antérieurement malades. Conservation de l'utérus, de l'ovaire droit et d'un moignon tubaire.

Résultat, 28 mars 1914, six mois et demi après : *bon*.

Résultat général : la malade va très bien, a engraisé de 2 à 3 kilogrammes depuis l'opération, a repris ses forces et son travail, n'a aucun malaise.

Résultat local : règles régulières tous les vingt-cinq jours, non douloureuses, durent quatre et cinq jours, pas très abondantes. Quelques pertes blanches, à peine quelques douleurs à droite quand elle se fatigue. Utérus en bonne position, normal, cul-de-sac souple, excellent état local, résultat parfait.

OBS. 46. — R..., annexite bilatérale, grossesse à terme à dix-neuf ans. La malade souffre du ventre depuis deux ans.

Intervention, 28 mars 1912 (M. Pellanda). — Hydro-salpinx droit : ablation. Trompe gauche sténosée en partie fermée : salpingostomie gauche. Conservation des deux ovaires et de l'utérus. Fixation de l'utérus par les ligaments ronds : procédé de Doléris-Pellanda.

Résultat, 21 mars 1914, deux ans après : *bon*.

Résultat général : la malade se porte bien, a pris 8 kilogrammes, a pu recommencer à travailler deux mois après l'intervention. Quelques maux de tête. Nervosité.

Résultat local : ne souffre jamais du ventre ou des reins, sauf pendant les deux ou trois jours qui précèdent les règles : celles-ci sont régulières, mais peu abondantes (un jour). Pertes jaunes.

Utérus en bonne position, bien maintenu. Annexes non volumineuses, ni douloureuses. Désire une grossesse.

OBS. 47 (XXXIII de la thèse d'Armand). — P... Marie, vingt-trois ans. Rétroversion : annexite bilatérale. Ablation de l'annexe gauche. Salpingostomie droite, fixation de l'utérus par M. Pollosson le 4 avril 1911. Conservation de l'annexe droite et de l'utérus.

Résultat, six mois après : *améliorée*. Se porte assez bien, travaille un peu, malaises et bouffées de chaleur. Souffre du ventre dans l'intervalle des règles. Règles très douloureuses, très abondantes (toutes les trois semaines).

Résultat, avril 1914 : *bon*. Va bien, peut travailler, aucun malaise. Un peu plus nerveuse qu'avant l'opération. Ne souffre jamais du ventre ou des reins. Pas de douleur pendant le coït. Règles normales très régulières, d'abondance normale, indolores. Peu de pertes blanches.

OBS. 48. — J... Louise, vingt-six ans. Annexite ancienne avec poussées récentes. Depuis son dernier accouchement, en juillet 1908, la malade a souffert du ventre pendant cinq ans avec crises douloureuses l'obligeant à garder le lit.

Intervention, 19 septembre 1913 (M. Pellanda). — A droite, trompe distendue, épaissie, très probablement hydrosalpinx ancien, en poussée inflammatoire actuelle avec pus, ovaire kystique, le tout très adhérent. A gauche, trompe ferme. Ablation de l'annexe droite. Salpingostomie gauche. Appendicectomie.

Résultat, 13 mars 1914, six mois après : *bon*.

Résultat général : la malade va bien, fait son ménage sans peine. Quelques bouffées de chaleur. Elle est devenue plus nerveuse surtout pendant les jours qui précèdent la menstruation.

Résultat local : la malade souffre un peu à gauche quand elle se fatigue. Quelques maux de reins avant l'apparition des règles. Menstruation normale. Pertes blanches. Ne souffre pas pendant les rapports.

Utérus en bonne position, mobile, col normal. Annexe gauche perceptible, légèrement sensible.

Obs. 49. — Veuve F... Rosalie, trente-sept ans. Rétroversion adhérente. Annexite bilatérale.

Intervention, 3 septembre 1913 (M. Pollosson). — Ablation de l'annexe gauche. Salpingostomie droite. Fixation utérine par le procédé de Doléris-Pellanda.

Résultat, 20 mars 1914, six mois et demi après : *bon*.

Résultat général : la malade se porte bien, fait de longues courses à bicyclette, se fatigue beaucoup. A pris 5 kilogrammes.

Résultat local : souffre quelquefois des reins, mais bien moins qu'avant l'opération. Les règles ont été régulières en novembre et en décembre, de durée normale, puis sont devenues abondantes et trop fréquentes. Pas de pertes blanches.

Obs. 50 (due à l'obligeance de M. Pellanda) — M. R..., trente et un ans. Mariée depuis six ans, pas de grossesses. Crises douloureuses en mars 1910, septembre 1911, décembre 1912, avec température, réaction péritonéale vive surtout à droite et qualifiées crises appendiculaires ; utérus dévié à droite, avec bloc douloureux à droite, et Douglas empâté. Utérus en rétroversion adhérente. Gonococcie maritale probable.

Intervention, 7 janvier 1913 (M. Pellanda). — Ablation d'un appendice long, épaissi, à contenu muqueux trouble. Hydrosalpinx bilatéral. Adhérences péritonitiques multiples.

Appendicectomie. Ablation de la trompe gauche plus atteinte. Salpingostomie à droite. Doléris modifié.

Actuellement. — Etat parfait. Règles régulières, normalement abondantes, non douloureuses. Pas de troubles intestinaux, pas de douleurs.

Pas de grossesse, du reste non souhaitée.

OBS. 51 (due à l'obligeance de M. Pellanda). — G... a été soignée pendant dix ans par des massages et des tamponnements pour des accidents douloureux consécutifs à une fausse couche infectée. Actuellement, grossesse tubaire de deux mois avec avortement tubaire et hématoécèle d'environ trois quarts de litre de sang.

Intervention, 16 mai 1913 (M. Pellanda). — On remarque sur la trompe gauche, siège des douleurs anciennes, des signes manifestes d'altérations très antérieures aux accidents actuels : trompe fermée adhérente, ovaire fixé. On enlève l'annexe droite, siège de la grossesse tubaire. On libère l'annexe gauche de ses adhérences et on termine par une salpingostomie.

Résultat : la malade se considère actuellement comme normale : les phénomènes douloureux pour lesquels elle a subi une série de traitements ont complètement disparu, au point qu'elle considère sa grossesse tubaire comme un heureux événement. Pas de grossesse.

OBS. 52 (XXXVIII de la thèse d'Armand). — V... Marguerite, trente ans. Rétroversion adhérente, annexe gauche suppurée plus petite, trompe fermée. Ablation de l'annexe gauche, amputation de la trompe droite par M. Pollosson le 13 janvier 1909. Conservation de l'utérus (raccourcissement des ligaments ronds), de l'ovaire droit et d'une petite partie de la trompe.

Résultat, deux ans et demi après : *Assez bon*.

Se porte bien, travaille. Pas de signes d'insuffisance ovarienne. Règles régulières. Beaucoup de pertes blanches ; parfois douleurs à la miction.

Résultat, 1^{er} mai 1914, cinq ans après : *excellent*.

Va très bien, travaille. Aucun malaise. Ne souffre jamais du ventre. Règles régulières normales. Pas de pertes blanches.

OBS. 53. — R... Juliette. Ovaire kystique droit. Ablation

de la trompe et de l'ovaire droit par M. Pollosson le 24 février 1912. Trompe gauche fermée : salpingostomie.

Résultat, deux ans après : *médiocre*.

Résultat général : se porte assez bien, peut faire des travaux simples. Bouffées de chaleur au moment de ses règles. Plus nerveuse.

Résultat local : souffre parfois du ventre. Souffre pendant les rapports. Dysménorrhée (surtout le premier jour). Pas de grossesse. Pertes blanches.

OBS. 54. — D... Marie, vingt-quatre ans. Annexite bilatérale.

Intervention, 23 avril 1912 (M. Violet). — Ablation de la trompe gauche du volume d'une orange remplie de liquide purulent, conservation de l'ovaire. A-droite, trompe épaissie, fermée, salpingostomie, conservation de l'ovaire, conservation de l'utérus gros et métritique.

Résultat, 23 mars 1914, deux ans après : *médiocre*.

Résultat général : se plaint de troubles variés surtout depuis ces derniers temps. Elle a souffert du ventre à sept ou huit reprises par crises durant quatre ou cinq jours. Elle a de la peine à travailler, mais mange bien, et se porte en somme mieux qu'avant son opération. Menstruation normale, mais quelques pertes rosées dans l'intervalle. Souffre un peu pendant les rapports.

Il s'agit de troubles métritiques, car l'utérus en bonne attitude est un peu gros et mou. On ne sent rien d'annexiel.

OBS. 55 (obs. XIV, thèse d'Armand). — B... vingt-huit ans. Annexite gauche kystique. Ablation par M. Violet, le 10 mai 1911. Salpingostomie droite. Conservation de l'utérus et de l'annexe droite à peu près saine.

Résultat, quatre mois après : *mauvais*.

La malade a beaucoup de malaises et travaille peu. Elle souffre du ventre dans l'intervalle des règles, elle souffre

souvent à la miction et pendant les rapports. Règles très abondantes, beaucoup de pertes blanches.

Résultat, mars 1914, trois ans après : *améliorée*.

La malade travaille difficilement, a des migraines, est très nerveuse, mais ne souffre plus pendant le coït, rarement en dehors des règles. Celles-ci sont peu douloureuses, assez régulières, pas trop abondantes. Pertes blanches.

OBS. 56. — C... Anne, trente-quatre ans et demi. Annexité gauche. Dernier accouchement il y a trois ans et demi. Depuis six mois la malade souffre du ventre.

Intervention, 24 avril 1912 (M. Pollosson). — Hémato-salpinx gauche du volume d'une orange (grossesse tubaire ancienne). Ablation de la trompe et de l'ovaire gauche. Trompe droite fermée, mais saine : Salpingostomie. Conservation de l'ovaire droit et de l'utérus.

Résultat : le 26 mars 1914, vingt-trois mois après : *médiocre*.

Résultat général : se porte bien, a repris son poids antérieur, vigoureuse, boulangère, porte le pain à domicile. Quelques céphalées sans doute d'origine digestive.

Résultat local : souffre du ventre et des reins quand elle se fatigue et pendant les règles. Depuis trois ou quatre mois douleurs pendant les rapports et menstruations assez irrégulières, trop fréquentes, moins abondantes qu'autrefois (douleurs pendant les deux jours qui précèdent et les deux jours qui suivent le début des règles). Pas de pertes blanches. Pas de grossesse, a eu une seule fois un retard de quinze jours.

Utérus en bonne position, de volume normal. On sent l'annexe droite un peu tuméfiée et douloureuse.

OBS. 57. — C... Marie, trente-trois ans. Rétroversion adhérente. Annexite bilatérale.

Intervention, 27 juin 1911 (M. Pollosson.) — Ablation

de l'annexe gauche fermée et adhérente. Conservation de l'utérus et de l'annexe droite; la trompe droite fermée, mais à contenu clair, est ouverte d'un coup de ciseaux sans que l'on suture son nouvel orifice. Fixation utérine par le procédé de Doléris-Pellanda.

Résultat, 30 mars 1914 : médiocre.

Résultat général : va mieux, a engraisié, peut faire un travail pénible, moins nerveuse. Quelques bouffées de chaleur et quelques malaises au moment des époques.

Résultat local : douleurs pendant le coït. Règles très irrégulières, douloureuses, abondantes, parfois métrorragies pendant trente à quarante jours. Pertes blanches.

Obs. 58. — P... Catherine, trente-deux ans. Diagnostic clinique : kyste dermoïde de l'ovaire, rétroversion. Diagnostic opératoire : fibromes et annexites. Fausse couche de trois mois, il y a sept ans, après laquelle elle aurait été soignée pour de la salpingite. Pas d'enfants, dysménorrhée depuis sa jeunesse.

Intervention, 6 janvier 1912. — Fibrome pédiculé antérieur avec torsion et nécrobiose. Hydrosalpinx droit volumineux. A gauche, trompe fermée et ovaire sain. Petit fibrome postérieur. Ablation du fibrome antérieur du volume de deux poings, du fibrome postérieur gros comme une noisette. Ablation de l'annexe droite. Libération de l'annexe gauche : salpingostomie. Conservation de l'utérus et de l'annexe gauche.

Résultat, 26 mars 1912, deux ans et deux mois après : mauvais.

Résultat général : ne va pas mal, amélioration très sensible, fait son ménage, mais ne peut travailler en dehors. Devenue très nerveuse, mais c'est une névropathe. Quelques étourdissements depuis quelques mois, beaucoup de bouffées de chaleur, surtout avant la menstruation. Poids stationnaire.

Résultat local : ne souffre pas du ventre en dehors de ses époques. Dysménorrhée. Règles peu abondantes, pâles, durent trois jours (au lieu de huit), s'alite le premier jour (vertiges, bouffées de chaleur, énervement). Depuis le mois de mai dernier, la malade a eu, à plusieurs reprises, des épistaxis supplémentaires. Beaucoup de pertes blanches. Troubles de la miction, pollakiurie, faux besoins, retard de la miction.

Souffre beaucoup moins pendant le coït, mais a vu son sens génital diminuer considérablement.

Utérus : col normal, horizontal. Cul-de-sac droit souple.

Annexe gauche, perceptible et douloureuse.

Obs. 59. — R... Claire, trente-neuf ans. Kyste dermoïde de l'ovaire droit. Hydrosalpinx gauche.

Intervention, 16 mars 1912 (M. Pellanda). — Ablation des annexes droites : kyste du volume d'une tête d'enfant, avec pédicule tordu d'un tour, contenant une grande quantité de cheveux blancs. Hydrosalpinx gauche, évacuation, salpingostomie.

Résultat, 27 mars 1914, deux ans après : *mauvais*.

La malade s'est très bien portée depuis l'opération, a travaillé trois mois après, mais, depuis deux ou trois mois, métrorragies et douleurs dans le ventre et les reins. Auparavant les règles étaient régulières, non douloureuses.

L'utérus est horizontal, col légèrement entr'ouvert. On perçoit la trompe gauche, sensible, peu volumineuse. A cause de ces pertes, presque continues depuis trois mois, on demande à la malade de revenir dans un mois (néo du corps?).

Obs. 60 (XIII de la thèse d'Armand). — B..., Jeanne, vingt-deux ans. Annexite gauche kystique, non suppurée, très adhérente. Ablation par M. Pollosson, le 2 juin 1910.

Conservation de l'utérus et de l'annexe droite patholo-

gique; la trompe injectée et légèrement distendue, est cependant ouverte.

Résultat, un an et demi après : *améliorée*.

Ne se porte pas très bien, travaille peu. Souffre du ventre dans l'intervalle des règles. Dysménorrhée (règles irrégulières, douloureuses, très abondantes).

Souffre quelquefois pendant les rapports. Quelques pertes blanches.

Résultat, 1914, quatre ans après : *mauvais*.

Ne va pas bien, a engraisé de 4 kilogrammes. Se plaint de maux de tête, d'insomnies, est plus nerveuse. Souffre dans les reins. Règles parfois très douloureuses, irrégulières, durent huit à dix jours, métrorragies [de temps en temps.

Analyse des observations

Dans le second groupe de 21 observations, il s'agit de lésions bilatérales prédominantes d'un côté, mais relativement importantes de l'autre.

Les lésions pour lesquelles on est intervenu étaient les suivantes :

Salpingo-ovarites suppurées bilatérales, 2.

Salpingo-ovarite suppurée d'un côté; trompe épaissie, fermée de l'autre, 3.

Rétroversion adhérente, annexite bilatérale, 5.

Rétroversion adhérente, hydrosalpinx bilatéraux, 1.

Ovarite kystique d'un côté, trompe fermée de l'autre, 1.

Ovarite kystique, hydrosalpinx, trompe fermée ou épaissie, 3.

Hydrosalpinx, trompe fermée, 2.

Grossesse tubaire, salpingite ancienne, 1.

Hématosalpinx double, 1.

Hématosalpinx, trompe fermée, 1.

Kyste dermoïde, hydrosalpinx du côté opposé, 1.

Les interventions opposées à ces lésions ont consisté à faire l'ablation des annexes les plus malades et à pratiquer sur la trompe opposée la libération des adhérences, la création d'un nouvel orifice, ou l'amputation de la partie malade.

Voici le détail de ces interventions :

Oophoro-salpingectomie unilatérale, 1.

Castration unilatérale. Salpingostomie du côté opposé, 13.

Salpingectomie salpingostomie, 3.

Amputation partielle des deux trompes avec double salpingostomie, 1.

Amputation partielle des deux trompes sans salpingostomie, 1.

Castration unilatérale, conservation d'un moignon tubaire, 1.

Fixation utérine, 9.

L'étiologie a été la puerpéralité dans deux cas seulement, le gonocoque est en cause dans la plupart des autres. Voici les résultats obtenus :

13 malades, c'est-à-dire 61,90 0/0 : *bon résultat.*

4 malades, c'est-à-dire 19,05 0/0 : *resultat médiocre.*

4 malades, c'est-à-dire 19,05 0/0 : *mauvais résultat.*

Parmi les *bons résultats* chez quelques malades, l'examen local nous a permis de déceler quelques troubles locaux. Dans trois observations (41, 42, 48), on signale une tuméfaction annexielle notable généralement peu douloureuse.

La malade de l'observation 41 a dû subir un curetage utérin pour des métrorragies persistantes, disparues depuis. Au cours d'une nouvelle intervention pour kyste de l'ovaire, on dut réouvrir la trompe conservée qui s'était fermée à la suite d'une première salpingostomie; depuis la fermeture du pavillon a dû se reproduire, puisque par le toucher on perçoit une trompe volumineuse. Malgré cela ces malades n'ont que des troubles insignifiants, peuvent travailler, sont bien réglées. Toutes les autres malades ont un état local aussi satisfaisant que l'état général.

Les *résultats médiocres* sont au nombre de 4 :

Obs. 53. — Dysménorrhée. Quelques douleurs abdominales et pendant le rapport.

Obs. 54. — Utérus gros et mou, métrite.

Obs. 55. — Asthénie, malaises, dysménorrhée légère.

Obs. 56. — Annexe conservée, légèrement tuméfiée et douloureuse. Douleurs abdominales et lombaires, dysménorrhée.

Il faut avouer que si ces malades se sentent mieux qu'avant leur opération, elles n'en ont retiré qu'un bénéfice assez faible, cependant 2 au moins peuvent faire un travail pénible, et aucune ne sollicite une nouvelle intervention.

Mauvais résultats, 4 :

Obs. 57. — Règles irrégulières, douloureuses métrorragies.

Obs. 58. — Annexe perceptible et douloureuse dysménorrhée, troubles d'insuffisance ovarienne, épistaxis supplémentaires.

Obs. 59. — Métrorragies depuis trois mois. Trompe sensible.

Obs. 60. — Dysménorrhée. Quelquefois métrorragies.

Malgré les 18 salpingostomies pratiquées, nous n'avons constaté dans cette série de malades aucun cas de grossesse.

Une intervention accidentelle a montré la fermeture d'une salpingostomie.

Les résultats sont, dans l'ensemble, beaucoup moins satisfaisants que dans les annexites unilatérales, puisque 61,90 pour 100 des malades seulement sont guéries, au lieu de 77 pour 100. C'est cependant un résultat qui est loin d'être négligeable, si l'on pense à l'importance des lésions pour lesquelles on est intervenu.

Il faut tenir compte aussi, dans l'appréciation de ces résultats, de l'existence probable de réinoculations gonococciques et qui doivent être très fréquentes dans notre clientèle d'hôpital. La récurrence dans la trompe opposée ne provient pas toujours d'une appréciation inexacte des lésions de l'organe conservé et de la continuation *in situ* du même processus inflammatoire. Une nouvelle blennorragie doit en être l'origine.

La chirurgie conservatrice donnerait certainement de meilleurs résultats dans un milieu social plus élevé. C'est d'ailleurs la notion du bien-être de quelques opérées de clientèle longtemps suivies, qui a orienté encore davantage M. le Dr A. Pollosson dans la voie de la conservation.

Si maintenant nous confondons ces deux groupes

d'observations, nous avons 60 malades ayant subi une intervention conservatrice permettant la fécondation pour salpingo-ovarite uni ou bilatérale :

71,66 o/o des malades sont guéries.

11,16 o/o des malades sont devenues enceintes.

11,16 o/o des malades ont un mauvais résultat.

16,66 o/o des malades ont été médiocrement soulagées.

CHAPITRE III

CONSERVATION DE L'UTÉRUS ET DE L'OVAIRE

Si la conservation eut d'abord pour but de garder à tout prix à la femme l'espoir et la possibilité d'une maternité, on s'aperçut que dans bien des cas, surtout dans les lésions bilatérales, la trompe devait être supprimée pour soulager la malade ou ne pouvait être gardée qu'avec un danger trop évident de récidence et une espérance trop illusoire de fécondation.

Lorsque la physiologie de l'ovaire fut mieux étudiée, que l'on eut mis en valeur son rôle, non seulement dans l'ovulation et la menstruation, mais encore son influence sur les phénomènes généraux de la nutrition, ses rapports avec les autres glandes à sécrétion interne, l'idée de l'importance de la fonction ovarienne prit naissance et s'accrédita encore davantage lorsque les effets de la castration totale eurent été étudiés et discutés. Ici l'idée qui domine, c'est de conserver à la femme le bénéfice de la fonction ovarienne en dehors de la procréation. Les chirurgiens l'ont réalisé en conservant, avec l'utérus, un ou deux ovaires, ou même seulement un segment d'ovaire. Ils l'ont même tenté avec un succès plus discuté par simple conservation d'un ovaire, après hystérectomie et par la greffe ovarienne.

1° IMPORTANCE DE LA FONCTION OVARIENNE

La conservation de l'utérus et de l'ovaire est justifiée par l'importance de la fonction ovarienne.

Le rôle de l'ovaire n'est pas borné à sa fonction d'ovulation, nécessaire à l'espèce, il se manifeste dans tout l'organisme. Non seulement il tient sous sa dépendance le développement des organes génitaux et leur nutrition et règle l'apparition des caractères sexuels secondaires, mais il a une influence générale sur le système nerveux et influe sur le métabolisme organique ; les recherches modernes ont montré que, par sa sécrétion interne, il associe son action à celle de toutes les glandes closes de l'organisme, et on a vu sa participation dans les syndromes pluriglandulaires.

Deux manières de voir opposées partagent actuellement l'opinion au sujet des rapports de la menstruation et de l'ovulation. Les uns admettent que le follicule de de Graaf se rompt pendant ou immédiatement après les règles, tandis que les autres soutiennent que cette rupture a lieu dix à quatorze jours avant les règles. Dans la première opinion, c'est un réflexe nerveux parti du follicule mûr qui déterminerait la menstruation. Dans la seconde opinion, c'est la sécrétion interne du corps jaune qui agit sur l'utérus et détermine la menstruation. Fränkel, pour la défendre, s'appuie sur les constatations qu'il a faites au cours de nombreuses laparotomies chez la femme et qui lui permettent d'affirmer que la formation du corps jaune se fait pendant la seconde moitié de la

période intermenstruelle; que, d'autre part, l'ovulation et la menstruation ne se font pas simultanément, mais qu'il y a entre elles des rapports chronologiques précis et constants.

Pour Born, Cohn, Fränkel, la destruction complète du corps jaune amène l'atrophie de l'utérus chez la lapine et supprimerait la menstruation suivante chez la femme.

L'ophorectomie unilatérale chez la femme amène fréquemment un retard de règles. Lidenthal admet qu'un seul follicule de de Graaf se rompt à chaque période, si bien que la suppression d'un ovaire entraîne la suppression de la première ou de la seconde période menstruelle. Si l'on opère pendant la semaine qui précède la menstruation, la perte de sang se produit le jour de l'intervention, ou un ou deux jours après, donc quelques jours en avance. Après ovariectomie double, une période menstruelle peut apparaître après l'opération si l'intervalle entre la dernière période et l'opération ne dépasse pas treize à seize jours.

Le corps jaune tiendrait encore sous sa dépendance la nutrition de l'utérus gravide. Fränkel, chez des lapines pleines, a enlevé les deux ovaires ou détruit les corps jaunes et il a toujours vu les œufs subir une régression : au delà seulement du vingtième jour, la gestation va à terme. On a cependant observé des femmes qui subirent une castration ovarienne totale au début d'une grossesse, sans avorter. M. le professeur Bérard a rapporté un cas semblable à la Société de Chirurgie de Lyon (1912).

H. Iscovesco a extrait de l'ovaire et du corps jaune

une série de lipoïdes dont il a analysé les propriétés physico-chimiques et physiologiques. L'un de ces lipoïdes injecté à la lapine possède des propriétés utéro-stimulantes, il provoque la congestion, l'augmentation de volume et de poids de l'utérus. L'un des lipoïdes du corps jaune aurait, [chez la lapine, la propriété d'activer l'involution post-puerpérale de l'utérus (*Société de Biologie*, 1912).

Si l'on admet que le corps jaune règle la menstruation et la nutrition de l'utérus, depuis la puberté jusqu'à la ménopause, il faut faire intervenir avant la première ponte ovulaire, une autre sécrétion interne, celle de la glande interstitielle.

Bouin, Limon, Regaud et Policard (1901), se fondant sur les variations de chromaticité des noyaux et sur les enclaves lipoïdes des cellules interstitielles, émettent l'hypothèse d'une sécrétion interne que les travaux ultérieurs (Limon, Bonin, Regaud et Dubreuil, 1906) devaient confirmer.

Les auteurs sont d'accord pour voir l'origine de ces cellules interstitielles dans le faux corps jaune, le follicule atrésique de Kölliker.

La glande interstitielle concourt à la nutrition et à la défense de l'organisme. Elle règle l'apparition et le développement des caractères sexuels secondaires. Elle agit sur le développement du squelette, sur le système circulatoire (le suc ovarique produit de l'hypotension), contribue à la régulation sanguine en augmentant la masse du sang et sa teneur en hémoglobine et en maintenant la lymphocytose à un taux normal (Heimann). Elle agit sur la régulation du système nerveux,

sur les sécrétions, active les échanges respiratoires et l'élimination des phosphates.

Les expériences déjà anciennes de Caratullo et Tarulli (1896) ont montré que la courbe des phosphates éliminés par l'urine diminue considérablement après la castration, ainsi que la quantité d'oxygène absorbée et d'acide carbonique éliminé pendant la respiration.

Pour Jardry :

1° Toutes les fois que, par un procédé quelconque, on augmente la quantité de produits ovariens dans la circulation, on détermine l'augmentation de l'élimination azotée et phosphorée et un abaissement du coefficient d'oxydation ;

2° Toutes les fois que l'on a diminué ou que l'on a supprimé les produits ovariens en circulation, on détermine une diminution de l'élimination azotée et phosphatique et un abaissement du coefficient d'oxydation ;

3° Quand chez les sujets hypoovariens on relève, par un procédé quelconque, la quantité de produits ovariens en circulation, on ramène à un taux normal l'élimination azotée ou phosphatique et le coefficient d'oxydation.

2° LES TROUBLES DE LA MÉNOPAUSE CHIRURGICALE

Au début de la période chirurgicale actuelle, les troubles dus aux oophorectomies complètes furent peu remarqués.

Cependant déjà Kœberlé, Péan, Puech signalent quelques troubles. Péan, en 1880, s'exprime ainsi :

« Peu de temps après l'opération, l'utérus diminue de volume, le vagin devient mou, se rétrécit et se contracte ; j'ai vu plusieurs fois survenir à la suite de la castration ovarienne des affections cutanées de quelque gravité. Il y a tendance à l'embonpoint et persistance des impulsions sexuelles. La femme reste puissante, c'est ce qui explique pourquoi, après la castration totale, on n'observe pas, chez la femme, la dépression morale, la mélancolie, parfois même la tendance au suicide dont la fréquence est si grande chez l'homme castré. »

En Allemagne, Glövecke (1889) en donna le premier une étude systématique. Pour lui, après la castration ovarienne, la ménopause survient dans 86 pour 100 des cas et il décrit la plupart des troubles dont nous nous occuperons tout à l'heure. En 1891, au V^e Congrès français de Chirurgie, tandis que Lawson-Tait vantait les brillants résultats obtenus par la castration, Spencer-Vells émettait une note plus pessimiste : « Dans certains cas, la notion de l'état de stérilité dont la perspective n'avait pas été portée à leur connaissance a troublé gravement l'état mental de certaines opérées. »

Jayle, en 1896, fut le premier auteur qui fit connaître par une étude complète les effets psychologiques de l'ovariotomie. Voici les conclusions de son mémoire de 1897 : « Les troubles consécutifs à la castration ovarienne sont constants ; ces troubles sont très gênants, non seulement pour le malade, mais surtout encore pour son entourage. Ils durent longtemps, beaucoup plus longtemps qu'on ne le dit, et quelques-uns paraissent au-dessus de tout traitement.

« L'ablation des deux ovaires n'est à pratiquer qu'en dernière ressource. La résection ovarienne doit toujours être préférée à l'ablation complète. »

L'importance et la fréquence des troubles de la ménopause chirurgicale ont été très diversement appréciés par les auteurs. Tandis que Tuffier, Pozzi et en général les chirurgiens partisans de la conservation leur accordent une certaine importance, la plupart des autres les tiennent pour négligeables.

Richelot, dans la thèse de Montana (1899), conclut que la gravité et la fréquence des troubles post-opératoires a été exagérée, et que ces troubles sont surtout fréquents chez les neurasthéniques « on néglige l'état antérieur et l'on attribue à la seule opération ce qui en réalité n'appartient qu'à l'état nerveux antérieur ». Les chirurgiens américains les redoutent au contraire et sont devenus très partisans de la méthode conservatrice. La question des greffes ovariennes est venue donner à cette question un renouveau d'actualité. Ferry, dans un travail très documenté inspiré par M. le professeur Pollosson, a longuement étudié les troubles de la ménopause chirurgicale chez 50 malades qui avaient subi la castration totale. Nous lui ferons de nombreux emprunts.

Tuffier a depuis longtemps insisté sur l'importance de la suppression de la fonction menstruelle et il a donné une pathogénie intéressante des accidents de la ménopause anticipée qu'il croit liée à une perturbation dans le fonctionnement des autres glandes closes de l'organisme.

Pozzi et Jayle, dans la thèse de Zaleski, ont montré que

les troubles de la ménopause chirurgicale, que l'on disait transitoires, pouvaient persister au delà de dix ans.

Les accidents de la castration peuvent se grouper en quatre classes :

- a) Les troubles nerveux ;
- b) Les troubles congestifs ;
- c) Les troubles de la nutrition ;
- d) Les modifications des organes génitaux et du sens génésique.

a) **Les troubles nerveux.** — Ils sont nombreux et d'ordres divers.

Tout d'abord il est une catégorie de castrées qui continuent à se plaindre des mêmes douleurs, malgré l'intervention : *douleurs abdominales ou lombaires*.

Pour les douleurs abdominales, Pinesse en accuse la persistance dans 7 pour 100 des cas ;

La diminution dans 16 pour 100 des cas ;

La disparition dans 77 pour 100 des cas.

Ferry, sur 50 malades, a 6 pour 100 d'insuccès.

Pour les douleurs lombaires, Ferry en note la persistance dans 22 pour 100 des cas.

Zaleski, chez 17 pour 100 des malades opérées depuis au moins dix ans, constate des douleurs abdominales et surtout lombaires, qui ont parfois rendu la marche pénible et même le travail impossible.

On a invoqué, pour expliquer ces douleurs, l'abandon d'organes incomplètement enlevés (Le Dentu, Bouilly), sans que l'examen permette souvent de constater l'existence de reliquat inflammatoire.

L'asthénie musculaire est un phénomène assez fré-

quent, très pénible, puisque certaines femmes, malgré la disparition de leurs douleurs, sont incapables de faire leur ménage et condamnées à l'inaction.

Ferry constate une asthénie marquée dans 29 pour 100 des cas, très marquée dans 28 pour 100.

Zaleski, après dix ans dans 47 pour 100 des cas.

Les troubles nerveux et les modifications psychiques constatés au moment de la ménopause chirurgicale ou naturelle ont été très discutés. Pour beaucoup d'auteurs les troubles nerveux n'apparaissent que chez les malades qu'ils présentaient auparavant, et, pour les mêmes auteurs, les lésions utéro-ovariennes chroniques engendrent surtout un état nerveux qui disparaît après la guérison. Cependant, il est indéniable que la castration détermine parfois un état neurasthéniforme avec céphalée, insomnie, cauchemar, et cela chez des femmes qui n'étaient nullement neurasthéniques auparavant. Ferry aurait vu ces troubles améliorés par l'extrait d'ovaire ou de corps jaune ; ils seraient d'origine toxique, dus à la suppression de la sécrétion interne de l'ovaire. A côté de cela, beaucoup de malades présentent des modifications psychiques : une grande instabilité du caractère avec irritabilité, nervosité exagérée ; elles deviennent méchantes, prennent des accès de colère injustifiés, s'en rendent compte mais sont impuissantes à se dominer. Quelquefois aussi apparaissent des idées mélancoliques, même des idées de suicide.

Ces troubles psychiques, Jayle les notait dans 68 pour 100 des cas sur 67 castrations ;

Julien, dans 54 pour 100 des cas sur 24 castrations ;

Ferry, dans 69 pour 100 des cas sur 51 castrations.

A. Gilles (1910), dans 10 pour 100 des cas sur 120 castrations.

Zaleski remarque qu'après dix ans, 19 malades sur 24 ont encore des modifications du caractère.

Ajoutons que, le plus souvent, il s'agit de troubles légers. Faut-il mettre sur le compte de la castration des troubles mentaux graves, certaines psychoses post-opératoires affectant le type de la confusion mentale. On a remarqué depuis longtemps que le nombre des psychoses résultant des interventions gynécologiques ou de celles pratiquées sur les yeux est plus grand que celui relevant de la chirurgie générale. Les interventions sur les yeux et les ovaires entraînent de vives appréhensions. Les malades craignent de perdre la vue ou leur sexualité et leurs sensations génitales.

Régis a publié quatre cas de folie consécutive à une oophoro-salpingectomie (1893).

Mais Laignel-Lavastine, Picqué, Joffroy attribuent à une défaillance primitive héréditaire de la cellule nerveuse un rôle prépondérant dans la genèse des psychoses post-opératoires. Pour Picqué, les psychoses post-opératoires relèvent surtout de l'état psychique antérieur. Les malades présentent toutes des tares dégénératives plus ou moins prononcées; parfois elles ont une origine infectieuse. Aux partisans de la chirurgie conservatrice qui expliquent, tout au contraire, ces mêmes accidents par la suppression des fonctions menstruelles et ovariennes, il déclare qu'il n'est nullement démontré que les modifications de la sécrétion interne de l'ovaire à la puberté et à la ménopause soient susceptibles de provoquer des troubles

psychiques. Pour lui, les accidents psychiques mal définis, qui sont représentés par la manie ou la mélancolie, qui surviennent après la ménopause artificielle, doivent rentrer dans le cadre des psychoses post-opératoires et recevoir une interprétation analogue.

Sur 660 internées, il n'en trouve que 7 ayant subi une intervention chirurgicale ; une seule fois la folie suivit la castration.

Piqué, depuis 1884, a cherché le traitement de certaines formes mentales par l'intervention gynécologique, et il a publié un certain nombre d'observations tendant à établir le rôle bienfaisant de la chirurgie. Il considère que 89 pour 100 ou mieux 96 pour 100 (*Arch. de Neurologie*, 1901) des aliénées présentent des affections gynécologiques. Pour Bossi, de Gênes, les maladies de l'utérus seraient l'unique cause de la folie chez la femme.

Pour Piqué, c'est la lésion infectieuse et non l'organe qui provoque le trouble cérébral.

Le rôle de l'infection chronique expliquerait l'apparition des accidents cérébraux au cours des affections utérines et leur disparition sous l'influence des opérations mutilantes.

Nous croyons qu'il y a une exagération évidente à prétendre guérir par une intervention des troubles mentaux et à affirmer, d'autre part, la non-influence des opérations radicales sur le système nerveux. M. A. Pollosson, dans la thèse de son élève Lambert, a défendu les idées contraires. Pour lui, il faut se défier de l'ablation des organes génitaux, surtout si elle doit être complète. Certaines femmes, même

parmi celles qui ne désirent pas éperdument un enfant, supportent mal l'idée d'une stérilité définitive. Beaucoup considèrent la perte de leur sexualité comme une déchéance, comme une humiliation, surtout si leur vie conjugale n'est pas terminée ; elles s'imaginent devenir un objet de répulsion et de dégoût pour leur mari. Tous les délires peuvent venir se greffer sur ces idées primitives. Il est évident que, s'il faut éviter la castration même chez des femmes saines d'esprit, parfaitement équilibrées, dont elle peut faire des nerveuses et des mentales, il faut la redouter encore davantage chez celles qui sont déjà touchées à ce double point de vue. Nous avons observé dans le service de M. le professeur Tixier un cas de psychose post-opératoire assez impressionnant dont nous relatons l'histoire.

OBSERVATION due à l'obligeance de M. le professeur Tixier.
— *Fibrome. Castration totale. Psychose post-opératoire.* —
M^{me} B... Thérèse, quarante ans. La malade entre à l'hôpital pour un fibrome. Ses parents sont bien portants. Réglée à dix-sept ans, mariée à dix-huit ans, a eu trois fausses couches à six mois, six mois, cinq mois. Pas d'autres signes de syphilis. Son mari était très coureur. Depuis elle n'a plus eu de grossesse. Divorcée, remariée depuis neuf mois.

La malade n'a pas de métrorragies ni de ménorragies ; elle accuse seulement une sensation de pesanteur dans le bassin. Pas de troubles urinaires ; un peu d'œdème des jambes.

Le toucher combiné au palper permet de sentir un fibrome du volume d'une grossesse de quatre mois.

Intervention, 10 juin 1913 (M. Tixier). — Bassin très étroit, pelvis en entonnoir, fibrome très enclavé. Hystérectomie totale pénible rendue difficile par la forme du bassin et une mauvaise anesthésie. Mèche sous-péritonéale.

Suites opératoires. — Rien au point de vue péritonéal ni à la paroi. La malade a un peu de température due à un écoulement vaginal fétide. D'autre part, on constate un peu d'albumine dans ses urines. Cinq ou six jours après l'opération, délire, excitation maniaque, insomnie. Ces phénomènes vont en augmentant. Isolement de la malade, puis internement à Bron, où elle est encore actuellement.

Au dire de son mari, la malade n'avait jamais présenté auparavant de troubles psychiques. On avait cependant remarqué qu'avant son opération elle présentait peut-être un peu d'exaltation ; elle était très préoccupée de l'influence que l'intervention pourrait avoir sur l'avenir de sa vie conjugale et de la crainte de voir son sens génésique altéré.

D'après les renseignements dus à l'obligeance de M. Ducruet, interne à l'asile de Bron, la malade présente actuellement : 1° de la confusion mentale (désorientation dans le temps et dans l'espace, amnésie diffuse et lacunaire, apathie) ; 2° un délire greffé sur ce fond de confusion mentale et sans doute sur un fond mental débile antérieurement (délire avec hallucinations, idées variées de grandeur, de mysticisme, de sexualité). Elle s'achemine graduellement vers la démence définitive.

Cette apparition soudaine d'une psychose persistante après castration totale chez une femme qui nous avait paru très préoccupée de la mutilation qu'elle allait subir nous a paru intéressante à rapporter. Dans la genèse de cette folie, nous faisons toutes réserves sur l'existence possible de troubles psychiques anciens restés plus ou moins latents qui auraient pu échapper même à son entourage.

A côté de ces psychoses graves, définitives mais rares en définitive, il en est d'autres qui sont bénignes et transitoires. Dans celles-ci il ne faut pas incriminer

le shock opératoire ou la suppression brusque de la fonction ovarienne, mais plutôt, comme le pense M. le professeur Tixier, l'inquiétude, la désorientation que présentent certaines malades arrachées brusquement à leur milieu, transplantées à l'hôpital et opérées sans avoir eu le temps de subir une accoutumance. M. le professeur Tixier vient d'en observer un exemple. Voici l'observation qu'il a bien voulu nous communiquer, elle s'oppose nettement à la précédente :

Obs. — R... Marie quarante-neuf ans. Quatre enfants. Réglée régulièrement, un peu plus abondamment depuis quelque temps.

Depuis un an, augmentation de volume de l'abdomen. Gêne de la miction. Il s'agit d'un volumineux fibrome abdominal atteignant l'ombilic.

La malade, venue du fond de l'Auvergne, n'avait jamais quitté son village ni même vu de médecin.

Intervention, 17 juin 1914 (M. le professeur Tixier). — Hystérectomie abdominale totale. Il s'agit d'un fibromyome banal.

Suites opératoires. — Sans présenter d'élévation de température au-dessus de 38 degrés, la malade fait bientôt des troubles délirants avec agitation qui nécessitent son isolement. Il s'agit d'un délire hallucinatoire avec confusion mentale. Cependant, au bout de quinze jours, le délire cesse et la malade peut rentrer chez elle guérie.

Quoi qu'il en soit, qu'on veuille admettre ou non l'existence de troubles mentaux graves après la castration, ce ne sont là que des faits exceptionnels. Ce qui est fréquent, ce sont les modifications de caractère chez certaines femmes déjà nerveuses, qui en font de

pauvres créatures inquiètes, tourmentées, se torturant elles-mêmes et torturant les autres, se plaignant de maux multiples autant que vagues. Parmi ces femmes déséquilibrées, quelques-unes sont des habituées des consultations de maladies nerveuses, où on les soulage temporairement par l'administration d'extrait d'ovaire.

Les céphalées sont fréquentes : 44 pour 100 des malades en présentent. Léopold Lévi a décrit la migraine ovarienne au cours de l'anovarie chirurgicale de l'aménorrhée congénitale, de l'hypoovarie. Elle est souvent intermittente, mensuelle. Pour cet auteur, elle serait l'expression d'une hyperthyroïdie réactionnelle consécutive à la castration.

Les insomnies, les cauchemars sont fréquents les premiers mois, puis le sommeil redevient normal.

Fréquents aussi les troubles de la mémoire, sous forme d'amnésie rétrograde portant sur les choses récentes. C'est, par exemple, une malade qui, au milieu d'une conversation, oublie ce qu'elle veut dire, ne se souvient plus de l'endroit où elle vient de ranger un objet.

Jayle les signale dans 78 pour 100 des cas.

Julien — 43 pour 100 —

Ferry — 70 pour 100 —

Zaleski les retrouve encore après dix ans.

b) Les accidents congestifs consistent en bouffées de chaleur, accompagnées parfois de palpitations avec pouls vibrant, hypertension passagère. « La femme a brusquement la sensation d'une poussée congestive, d'une bouffée de sang qui lui monte à la tête, la congestionne, l'étourdit; ses yeux se troublent, ses oreilles

tintent, sa peau rougit, elle se dégrafe, étouffe, veut respirer de l'air frais » (Ferry). La crise se termine en quelques secondes, souvent avec sudation de la face et des mains. La fréquence est très variable, il peut y avoir quatre ou cinq crises par jour, parfois toutes les heures ou même davantage, rarement la nuit. Elles débutent un mois après l'intervention, à l'époque des premières ou des secondes règles, elles ont leur maximum au moment qui correspond aux anciennes périodes mensuelles (alors se surajoutent souvent des douleurs au niveau des reins ou des régions ovariennes). On a pu en compter jusqu'à 60 et 80 par jour, elles vont en s'atténuant et disparaissent au bout de six mois ou d'un an ; cependant il n'est pas rare de les voir persister plusieurs années, et Zaleski, chez les opérées de Pozzi et de Jayle, ne les a vues diminuer de nombre et d'intensité qu'après six ans. Ces malaises (troubles climatiques de Glævecke) sont pour ainsi dire constants. 96 pour 100 des opérées examinées par Ferry en présentaient :

36 pour 100 en ont de 15 à 60 par jour.

60 pour 100 en ont de 1 à 15 —

4 pour 100 seulement n'en ont pas.

Les battements de cœur et l'essoufflement sont encore fréquents. D'après Ferry :

10 pour 100 des malades accusent des palpitations violentes.

37 pour 100 des malades n'ont que quelques palpitations.

Les hémorragies supplémentaires (épistaxis, flux hémorroïdaires) sont extrêmement rares, mais elles

ont ceci de remarquable, c'est qu'elles atténuent considérablement les troubles congestifs.

c) **Les troubles de la nutrition.** — La suppression de la fonction ovarienne détermine un ralentissement de la nutrition avec des éliminations insuffisantes comme l'ont montré les expériences de Caratullo et Tarulli et celles de Charrier et Jardy.

Depuis longtemps l'art vétérinaire utilise la castration pour produire une obésité artificielle. Cependant Ferry réunissant 515 observations (Jayle, Julien, Martin, etc.) ne trouve que 5 cas d'adipose, c'est-à-dire 2 pour 100.

Tuffier et Mauté estiment que l'obésité apparaît chez 40 pour 100 des femmes castrées. 6 des 24 malades de Zaleski ont engraisé de 12 à 22 livres, c'est-à-dire 25 pour 100.

L'adipose douloureuse a été signalée à la suite d'ovariotomie. MM. Sicard et Roussy en ont présenté deux cas à la Société médicale des Hôpitaux de Paris (1903). Récemment Sabattucci et Zanelli ont rapporté une forme nodulaire partielle de maladie de Dercum développée à la suite de l'ovariectomie (1912).

Nous citerons seulement l'influence de la castration sur l'atrophie des seins, sur le développement des affections cutanées du système pileux (Brocq).

d) **Les modifications des organes génitaux et du sens génésique.** — Plus importantes sont les modifications apportées par la castration sur les organes génitaux externes et le sens génésique.

La castration ovarienne entraîne l'atrophie de l'utérus et cela indépendamment de l'atrophie des organes génitaux externes et de l'âge. Les expériences de Hégar et Kehrer sur le cobaye et la lapine montrent l'atrophie complète de l'utérus après la castration. Les études microscopiques de Weissmann et Reismann en 1890, de Sokolof et de Jayle en 1896, montrent l'atrophie du muscle.

Cette atrophie est très nette chez 66 pour 100. des opérées (Zaleski); elle est sous la dépendance de la suppression de l'ovaire et aussi de l'absence d'une hyperhémie réflexe périodique, nécessaire pour la nutrition de l'organe.

Depuis longtemps on a signalé l'atrophie des organes génitaux externes après la castration. C'est le *kraurosis vulvæ* post-opératoire, caractérisé cliniquement par l'atrophie scléreuse progressive des téguments cutanéomuqueux de la vulve avec rétraction des régions vestibulaires et hyménéales, sclérose de l'orifice vaginal, parfois le kraurosis inflammatoire de Lawson-Tait avec l'aspect rouge de l'anneau vulvaire dû à des arborisations vasculaires ou à de petites taches rougeâtres.

La sécheresse de la vulve, les douleurs pendant le coït, le prurit sont les symptômes dont se plaignent le plus les malades. Dans certains cas, les malades consultent à cause de l'impossibilité ou de la difficulté des rapports sexuels. Zaleski aurait constaté cette atrophie vulvaire chez 75 pour 100 des opérées observées plus de dix ans après la castration. Cela nous paraît exagéré.

A. Giles signale l'atrophie de l'utérus dans 43 pour 100 des cas, et celle du vagin dans 27 pour 100.

La femme arrivée à la ménopause naturelle, perd en partie ou complètement ses appétits sexuels ; dans quelques cas, on voit au contraire l'appétit sexuel subir une exaltation anormale et souvent bizarre. La ménopause chirurgicale produit-elle les mêmes effets ? Routier, P. Delbet, Lucas-Championnière sont d'avis que la castration ne modifie chez la femme ni le désir ni la satisfaction génitale ; ils remarquent que parfois l'appétence génitale est exagérée.

Ferry a constaté que 43 pour 100 des malades qu'il a interrogées n'ont pas plus de désir que de satisfaction génitale. Zaleski, sur 24 malades opérées depuis dix ans, en voit 5 chez lesquelles les désirs sexuels ont diminué ou disparu, et 5 chez lesquelles le plaisir sexuel a disparu. Parmi les opérées de A. Giles 16 pour 100 ont leur appétit sexuel diminué, 10 pour 100 disparu.

Ces deux auteurs constatent aussi l'exaltation du sens génésique dans un certain nombre de cas (Ferry, 36 pour 100 des cas).

L'instinct sexuel ne réside pas seulement dans les organes génitaux périphériques, il faut le chercher également dans les centres nerveux et l'imagination. Pour Krafft-Ebing, « la cause importante et centrale du mécanisme sexuel réside dans le cerveau ; ce centre serait le siège des manifestations sexuelles, des images, des désirs, le lieu d'origine de tous les phénomènes psychosomatiques qu'on désigne ordinairement sous le nom de sens génésique et d'instinct sexuel. Le centre peut être animé par des excitations centrales comme par des excitations périphériques. » Pour Ferry, chez certaines femmes, c'est l'excitation cérébrale qui domine ; chez

d'autres, ce sont les impulsions émanées de l'ovaire et des organes génitaux. On comprend que chez les unes la ménopause ou la castration ne détermine aucun changement, tandis qu'elle détermine l'agénésie chez les autres. L'hypergénésie doit être considérée comme un trouble nerveux, comme une psychose.

La castration utéro-ovarienne ne fait pas disparaître les pertes purulentes ou la leucorrhée dans la totalité des cas.

Elles persistent dans :

14 pour 100 des cas de Jayle	
18 pour 100	— Ferry
30 pour 100	— Zaleski

e) Pathogénie des troubles de la ménopause.

— Quel est le mécanisme de ces accidents complexes qui frappent tout l'organisme féminin au moment de la ménopause chirurgicale? On le conçoit mieux depuis que l'on connaît les rapports intimes qui unissent entre eux l'ovaire et les autres glandes à sécrétion interne : la surrénale et le corps thyroïde en particulier.

Le corps thyroïde et l'ovaire s'influencent réciproquement ; l'activité génitale semble liée au fonctionnement du corps thyroïde. Les sécrétions thyroïdienne et ovarienne paraissent avoir l'une sur l'autre, suivant le cas, et peut-être alors selon leur propre taux quantitatif ou qualitatif, une action stimulante ou inhibitrice (hyperthyroïdisme pendant la menstruation qui est une période d'hypoovarisme, métrorragie ou aménorrhée dans la maladie de Basedow, etc.). Tandis que Parrhon et Goldstein affirment l'antagonisme thyro-

ovarien d'après l'effet contraire qu'ont les deux glandes sur les autres organes ou tissus, Charrin et Jardy admettent l'hypothèse d'une association fonctionnelle entre le corps thyroïde et l'ovaire, car, pour eux, c'est par l'antagonisme de certaines de leurs fonctions que des organes différents peuvent s'unir pour assurer le fonctionnement de l'organisme.

Léopold Lévi (1912) et Carli ont noté l'amélioration des troubles de la ménopause par l'opothérapie surrénale. Léopold Lévi remarque que certains symptômes de la ménopause : lassitude, pigmentation, constipation, céphalée, insomnie, font partie de la maladie d'Addison, donc l'insuffisance ovarienne entraîne une insuffisance surrénale passagère, mais l'hypoovarie de la ménopause peut aussi provoquer une réaction compensatrice de suractivité dans la surrénale avec troubles d'hyperépiphrie manifestés par hypertrichose, obésité, surexcitation du sympathique.

Tuffier et Mauté considèrent aussi les troubles de la castration comme un déséquilibre glandulaire, un syndrome pluriglandulaire.

Les phénomènes congestifs de la ménopause sont d'ordre sympathique et les bouffées de chaleur en particulier. Les relations étroites entre la surrénale et l'ovaire sont prouvées par l'hypertrophie surrénale qui accompagne la castration et l'atrophie ovarienne. En ce qui concerne le corps thyroïde, les auteurs s'expriment ainsi : « Il n'y a, pour ainsi dire, aucune discontinuité dans la série morbide qui va des simples accidents congestifs de la ménopause atténuée au basedowisme confirmé... Il existe au milieu de la série un

syndrome caractérisé par de l'agitation, de la tachycardie, des poussées congestives ; chez les malades qui en sont atteintes, la moindre contrariété est un sujet d'ennui, et cependant c'est à peine s'il existe de l'hypertrophie de la glande... Les accidents sont plus thyroïdiens qu'ovariens, car l'administration de corps thyroïde peut les provoquer chez les femmes qui ne les ont qu'atténués ou l'exagérer chez celles qui ne les ont qu'atténués. »

La persistance de l'ovaire suffit-elle seule à préserver les malades des troubles de la ménopause ? Pour beaucoup d'auteurs, cela est insuffisant. Si l'on veut préserver une femme de la ménopause, il faut lui conserver l'utérus et au moins un fragment d'ovaire. Tuffier, s'appuyant sur les résultats que lui ont donnés les greffes ovariennes, attache une grande importance à la persistance de la menstruation ; ce serait pour lui le fait capital, et il se demande si ce que nous attribuons à la suppression de la fonction ovarienne n'est pas dû à la suppression de l'écoulement sanguin. Chez les malades auxquelles il a conservé l'utérus et greffé les ovaires, les troubles de la ménopause apparus pendant les premiers mois disparaissent brusquement lorsque la menstruation apparaît avec congestion de l'un des ovaires. Ainsi donc les accidents qui suivent l'ablation des ovaires sont dus moins à la suppression de la sécrétion interne qu'à l'absence d'écoulement sanguin qui amène la rétention des toxines dans l'organisme. Des faits cliniques viennent à l'appui de cette théorie ; les femmes castrées qui ont des hémorragies supplémentaires évitent presque complètement les

troubles climatériques. D'autre part, certaines femmes qui, malgré une oophorectomie double, ont une persistance de la menstruation, n'ont pas de troubles.

3° PERSISTANCE DE LA MENSTRUATION APRÈS ABLATION DES OVAIRES

Mais que faut-il penser des cas de persistance de la menstruation après ablation des deux ovaires, sans hystérectomie ?

Tout d'abord quelle est sa fréquence ?

Terrier	36 pour 100
Delbet.	12 pour 100
Pozzi	27 pour 100
Mauclaire	2 pour 80
Tuffier	5 pour 100
A. Giles.	40 pour 100

Elle a été expliquée de plusieurs façons.

a) **Existence d'ovaires supplémentaires.** — Ils sont rares. M^{lle} Eisenberg-Paperin n'en a pas rencontré sur 100 dissections. Elle en cite 52 observations dont beaucoup, à l'examen histologique, ont montré tous les éléments constitutifs de l'ovaire normal. Les uns sont contigus tout au voisinage de l'ovaire principal, les autres, aberrants, situés sur la ligne de descente de l'ovaire. Leur volume varie d'un grain de mil à une cerise. Ils sont susceptibles de dégénérescence kystique.

b) **La persistance des débris ovariens.** — W. Chipmann, de Montréal, s'exprime ainsi : « Tandis que les ovaires surnuméraires sont très rares, je crois,

par contre, qu'il faut toujours douter, au cours de l'intervention, de l'ablation du tissu ovarien accessoire... Dans un certain nombre de cas, il existait, disséminé à travers la lame postérieure du ligament large des îlots de parenchyme ovarien, représentant bien la persistance du type d'ovaire diffus, rencontré chez les oiseaux et les reptiles. » La persistance de la menstruation survient surtout dans les cas d'annexites très adhérentes. Or, les manœuvres de décollement laissent facilement des débris de tissus ovariens. On a pu, dans certains cas, conserver une petite portion d'ovaire dans le ligament infundibulo-pelvien, lorsqu'on le pince et le sectionne au contact de l'ovaire. On sait la puissance de régénération que peut présenter un débris d'ovaire. A. Pugnât a vu, chez des lapines auxquelles il avait réséqué la moitié de l'ovaire, qu'au bout de quarante jours l'organe avait récupéré sa forme et sa structure normales, la production des ovules avait paru s'exagérer et l'épithélium germinatif, de nouvelle formation, ne tarda pas à en former abondamment. Kanel (1900) a confirmé ces expériences. Il était intéressant de noter la puissance régénératrice de l'ovaire que lui assure, en cas de mutilation, une rapide restitution de sa structure et de ses fonctions. A la réunion annuelle de la Société de Gynécologie américaine, en 1912, plusieurs cas de menstruation et même de grossesse, après castration ovarienne, furent rapportés (Palmer Findley, Webster, T. Byford, Baldy, Franck, T. Andrews, Seth, C. Gordon). Plusieurs auteurs insistèrent sur ce fait, qu'il s'agit souvent de pertes et non de menstruation régulière, et Baldy recommande

de faire un interrogatoire sérieux et de ne pas admettre à la légère les dires des malades. Gelhorn, en 1907, avait rapporté un cas où l'ablation d'adhérences épiploïques et péviennes firent disparaître la menstruation.

c) Possibilité de menstruation sans ovaire. —

Si la persistance de débris ovariens explique le plus grand nombre des faits cités, des auteurs, en présence de cas où il fut impossible de découvrir la moindre trace de tissu ovarien, ont admis la possibilité d'une menstruation sans ovaire. C'est l'avis de Pozzi, Delbet, Richelot. Le système nerveux de la vie végétative pourrait reproduire, sous l'influence d'excitations anciennes, des actes tels que la congestion périodique de l'appareil génital, du moins pendant un certain temps, car, en l'absence d'une nouvelle impulsion, elle finit par s'arrêter. Pour E. Dawis, de Philadelphie, « la vie physiologique de la femme consiste en des périodes d'accumulation de sang qui se terminent par l'augmentation de la pression artérielle et des hémorragies...; les organes génitaux peuvent être enlevés sans que cet habitus physiologique soit modifié...; les hémorragies peuvent provenir de n'importe quel organe possédant une muqueuse et un riche réseau capillaire en l'absence de la muqueuse utérine. »

4° L'ÉTAT DE L'OVAIRE CONSERVÉ

Nous croyons que, dans un très grand nombre de cas, lorsque l'on intervient pour annexite bilatérale,

il est possible de conserver au moins un ovaire ou un segment d'ovaire. Même au voisinage de trompes suppurées, de pyosalpinx volumineux, il sera possible de trouver un ovaire presque normal, qui sera resté en dehors du processus inflammatoire. Presque toujours, les lésions de l'ovaire sont moins accentuées que celles des trompes, et souvent elles sont susceptibles de rétrocession après ablation de celles-ci.

Les objections à la conservation peuvent s'adresser à l'ovaire ou à l'utérus.

Pour beaucoup d'auteurs, l'ovaire conservé serait atteint d'ovarite interstitielle avec sclérose qui le rendrait impropre à empêcher l'éclosion des troubles d'insuffisance ovarienne.

Dans d'autres cas, on a dit que si l'ovaire présentait une capacité fonctionnelle encore suffisante, il était infecté, que ce serait une voie d'appel pour les adhérences douloureuses, les poussées ultérieures d'ovarite.

Enfin, cet ovaire, atteint sûrement de dégénérescence micro-kystique ou scléro-kystique, va évoluer pour son propre compte vers une dégénérescence plus accentuée.

Nous verrons en étudiant nos résultats si l'ovaire reste réellement ou devient douloureux, s'il est insuffisant au point de vue de la préservation des troubles de la ménopause, enfin s'il est susceptible de devenir fréquemment kystique.

Étudions d'abord en dehors des conditions de conservation utérine, l'état de l'ovaire que l'on peut ménager. Dans la plupart de nos observations on a noté que l'ovaire ou les ovaires conservés étaient sains ; dans quelques

cas, ils ont été libérés de leurs adhérences, réséqués deux fois, cautérisés une fois au niveau d'une adhérence fongueuse avec la trompe. Dans tous les cas, il s'agissait d'annexite bilatérale souvent suppurée. Lorsque d'un côté, on trouvait une grosse salpingo-ovarite suppurée, de l'autre côté il existait fréquemment une trompe fermée, épaissie, simplement purulente, et l'ovaire voisin était sain. Pour Chipmann, « les infections variées constituent le plus grand nombre de cas de chirurgie ovarienne : dans les unes, la membrane capsulaire est un protecteur efficace, mais dans le cas d'infection gonococcienne ou bacillaire celle-ci succombe à son tour... Pour moi, chaque cas doit être considéré individuellement avec cette restriction qu'il doit se dégager de l'ensemble des cas un esprit de conservation et il est rare qu'on ne puisse laisser un segment, si petit soit-il, de l'un des deux ovaires ; il suffit alors de le fixer soit au péritoine soit plutôt au ligament ovarien. Pour moi, l'ovarite scléro-kystique existe moins que jamais comme entité pathologique, mais seulement comme l'exagération d'une condition physiologique, l'ovulation. » L'ovaire scléro-kystique paraît n'être plus redouté par la majorité des chirurgiens. « Il semble, dit Tuffier, que le fameux ovaire scléro-kystique justiciable de mort par nos devanciers soit susceptible de donner une greffe anatomique et physiologique parfaite. »

Pour J.-L. Faure, il est difficile d'apprécier l'intégrité de l'ovaire qui peut renfermer des poches kystiques normales, des vésicules de de Graaf, des poches kystiques anormales, des kystes qui proliféreront au

point de donner lieu aux grandes formations kystiques que l'on rencontre si souvent. Pour juger du degré de l'atteinte de l'ovaire, il attribue une grande importance à la douleur qui, dans les annexites, est imputable surtout à l'ovaire malade. Il faut peut-être se méfier davantage des ovaires petits, atrophiques, car ils sont scléreux et insuffisants, que des ovaires un peu volumineux présentant quelques kystes.

Dégénérescence kystique de l'ovaire conservé.

— Parmi les méfaits dont on a accusé l'ovaire laissé en place il faut citer en première ligne : la dégénérescence kystique. Vautrin a longuement attiré l'attention sur cet accident dont il cite deux observations. Ses conclusions condamnent formellement la chirurgie conservatrice.

« L'ovaire abandonné au milieu d'exsudats pelviens est susceptible de donner lieu à des dégénérescences kystiques. Les kystes prennent parfois un volume considérable et sont exposés à une évolution maligne...

« Le salpingectomie, par voie abdominale avec conservation de l'ovaire (avec ou sans utérus) expose à ménager une glande altérée qui dégénère dans la suite. »

L'opération réellement bonne et radicale est la castration utéro-annexielle. »

L'auteur va même plus loin : il cite un cas de tumeur kystique de l'ovaire, très adhérente, en partie intraligamentaire qu'il dut extirper deux ans après une castration unilatérale ; l'ovaire restant était en état de dégénérescence micro-kystique et subit l'ignipuncture

de Pozzi : « Instruit par l'expérience, je n'ai plus recours maintenant à la salpingectomie unilatérale que dans des cas très rares, exceptionnels, où l'utérus est en position normale, la trompe opposée saine et sans adhérences et l'ovaire indemne. »

Nous n'avons observé qu'un cas de dégénérescence kystique de l'ovaire conservé sur 39 malades suivies : ne s'agit-il pas dans ces cas plutôt de phénomènes d'ovarite inflammatoire que de néoplasie bénigne. Dans notre observation, en tout cas, nous avons noté à trois mois de distance, une rétrocession spontanée de la tumeur avec disparition de la dégénérescence, elle présentait la dimension d'une tête fœtale au mois d'avril, n'atteint plus, le 30 juin, que le volume d'un poing. Il s'agit sans doute là de kyste inflammatoire, comme la tuberculose est capable d'en donner ainsi que l'ont montré récemment MM. Pollosson et Violet. Nous ne nions pas la possibilité de voir évoluer de véritables kystes dans des ovaires conservés, c'est là une dégénérescence assez fréquente pour que l'on puisse la rencontrer de temps en temps après une intervention, mais ce n'est pas un argument contre elle.

Vignes et Gery ont présenté à la Société Anatomique de Paris (1913) des coupes histologiques provenant d'un kyste ayant évolué sur un ovaire conservé au cours d'une intervention pour grossesse tubaire rompue (ablation des annexes d'un côté, de la trompe de l'autre). Il s'agissait d'un kyste développé aux dépens d'un corps jaune et ayant donné des ménorragies. Les auteurs rappellent que des faits analogues ont été déjà signalés, mais qu'il s'agit le plus souvent

de formation kystique dans des débris tubaires ou ovariens abandonnés après des interventions laborieuses et beaucoup plus fréquentes du temps de l'hystérectomie vaginale.

Dartigues a décrit sous le nom de cysthématomes mensuels post-opératoires des formations kystiques à contenu hématique ou séro-hématique développées aux dépens des annexes ou de débris annexiels ovariens principalement, laissés en place au cours d'opérations antérieures. Il en explique ainsi la pathogénie : « Sous l'influence de la congestion menstruelle au niveau des débris ovariens, il se fait dans les follicules de Graaf où les micro-kystes préexistent, de véritables apoplexies sanguines plus ou moins abondantes qui, s'accumulant tous les mois, finissent par aboutir à des kystes de volume considérable. » L'évolution de cette tumeur se fait par processus correspondant à l'époque des menstrues. Parmi les observations citées, la plupart concernent des interventions radicales qui durent rester incomplètes à cause des adhérences. Dans 4 observations seulement (Dartigues, Pozzi, Second, la conservation fut volontaire et, dans les 4 cas, l'ovaire avait subi une résection plus ou moins étendue. Puisque la simple ignipuncture de l'ovaire a donné lieu à des accidents fréquents, à des déboires à Pozzi lui-même, on est tenté de croire que dans la genèse de ces accidents, constatés sitôt après l'intervention, la résection de l'ovaire doit entrer en ligne de compte, que ce soit par le fait d'une hémostase incomplète, d'une suture insuffisante, d'un coup de fouet donné aux lésions extirpées incomplètement.

De Rouville, dans la thèse de son élève Osnos (1913), est revenu sur ces accidents ; il apporte une observation nouvelle à côté de 4 ou 5 observations d'ovaires devenus sclérokystiques à la suite d'interventions conservatrices ou non.

De cet exposé un peu long, nous retiendrons la possibilité, mais aussi la rareté relative de la dégénérescence kystique de l'ovaire laissé en place, qu'il s'agisse de néoplasie bénigne ou d'ovarite kystique inflammatoire. Les formations kystiques seront favorisées lorsque l'ovaire aura été gravement traumatisé par une résection et l'ovarite inflammatoire sera encore favorisée si, par une hémostase incomplète un assèchement insuffisant du pelvis, on laisse l'ovaire au contact d'épanchements hématiques susceptibles de favoriser ultérieurement la formation d'exsudats inflammatoires et d'adhérences.

5° ETAT DE L'UTÉRUS CONSERVÉ

La conservation de l'utérus, qui est nécessaire pour assurer la menstruation, oblige à garder un organe infecté, et où l'infection évoluera pour son propre compte. Il y a là encore une exagération évidente : au début de l'infection, la muqueuse utérine en a subi la première les atteintes et l'a transmise aux trompes. Mais bientôt le processus inflammatoire reste cantonné aux trompes fermées et l'infection utérine reste légère et accessoire. La métrite passe au second plan, elle reste silencieuse à côté des accidents salpingiens. A l'époque où, sous l'influence de Lawson-Tait, on

pratiquait la salpingo-oophorectomie, on remarquait souvent que l'ablation des annexes était suivie de la disparition de la métrite.

Nous avons constaté, chez les malades observées, la rareté des phénomènes de métrite nécessitant une indication opératoire, et plusieurs utérus conservés, qui avaient paru gros et mous au moment de l'intervention, sont redevenus normaux au bout de quelques mois. Cependant la conservation n'est pas compatible avec des lésions trop étendues de l'utérus, et la présence d'un utérus volumineux, mou, douloureux, ou d'un utérus scléreux, hémorragique, sera une indication de castration utéro-annexielle.

Ce n'est pas en général du côté de l'utérus que viendront le plus d'impossibilités. Lorsque l'on aura trouvé un ovaire à peu près sain, l'utérus pourra être conservé. Là, comme ailleurs, il y aura intérêt à agir sur des lésions anciennes bien refroidies.

D'autre part, on peut agir soit au moment de l'intervention, soit plus tard sur l'utérus pour corriger les déviations si fréquentes au cours d'annexites et traiter la métrite. Il y a des interventions complémentaires, dont l'indication est fréquente et qui feront l'objet d'un chapitre ultérieur.

6° TECHNIQUE OPÉRATOIRE

L'opération ne présente pas de difficultés particulières, mais demande seulement quelques précautions un peu minutieuses.

Lorsque les deux ovaires seront sains, ils seront conservés, mais le plus souvent un seul sera gardé et c'est suffisant.

Il importe, avant de faire les extirpations nécessaires, de chercher de quel côté l'ovaire peut être conservé. L'ovaire peut être difficile à découvrir ou à examiner lorsqu'il est prolabé dans le Douglas ou recouvert par une trompe volumineuse et adhérente. Il faut aller prudemment, lentement, en décollant au doigt et aux ciseaux les adhérences sans déchirer, afin de libérer l'ovaire en le laissant en place. On a trop souvent la tentation de plonger la main au fond du Douglas et de décoller de bas en haut les annexes pour les avoir sous les yeux et dans la main ; cette manœuvre élégante et rapide est indiquée lorsque l'on fait la castration totale, mais elle n'est pas de mise pour une opération conservatrice, elle est trop brutale, des annexes ainsi traitées ont subi des déchirures, des dilacérations vasculaires qui en compromettent la nutrition et ne permettent plus une conservation utile.

Lorsque l'ovaire a été isolé soigneusement de ses adhérences salpingiennes et péritonéales, on procède à la libération et à l'extirpation de la trompe : elle est sectionnée entre deux pinces à extrémité utérine, puis décollée de dedans en dehors après incision du ligament large et du ligament tubo-ovarien.

L'extirpation doit être complète, il ne faut pas laisser de reliquats tubaires enflammés du côté de l'utérus. Tuffier recommande de détruire le trajet intra-utérin de la trompe au thermocautère et de fermer ces deux orifices par un point de catgut profond et

deux points passés à la Lambert pour isoler la muqueuse utérine.

C'est une bonne précaution, quoique pratiquement il soit suffisant de sectionner la trompe au ras de la corne utérine.

La ligature du ligament tubo-ovarien et de la tranche de section de la trompe au niveau de la corne utérine assure une hémostase qu'il faut compléter par celle de la base du ligament large où l'arcade sous-tubaire et des veines saignent. Il ne reste plus qu'à faire la péritonisation qui se fera facilement en suturant les deux feuillets du ligament large. L'ovaire a souvent une tendance à tomber dans le Douglas. On peut le fixer par un fragment du ligament tubo-ovarien au ligament rond.

L'assèchement du bassin doit montrer une hémostase et une péritonisation parfaite, c'est la condition nécessaire de la chirurgie conservatrice. L'ovaire conserve une vascularisation suffisante et sa fixation l'empêchera de se prolaber dans le Douglas où il pourrait devenir douloureux.

Lorsque l'ovaire aura contracté des adhérences trop intimes avec la trompe, dont la libération aura produit des déchirures saignantes du parenchyme, ou même lorsqu'il présentera, en un point de sa surface, des productions kystiques douteuses, une résection partielle pourra être indiquée, car il suffit d'une petite quantité de tissu ovarien pour entretenir la menstruation. Quelques points de catgut ou un petit surjet feront une suture hémostatique et d'affrontement.

Lorsque des adhérences très nombreuses occupent

le petit bassin, après leur libération, M. Pollosson verse parfois une certaine quantité d'huile camphrée dans le pelvis.

Dans les 60 observations que nous rapportons, le drainage abdominal n'a jamais été pratiqué, pas plus que le drainage vaginal.

7° SALPINGO-OVARITE BILATÉRALE

OBS. 61 (XXXII de la thèse d'Armand). — S..., vingt et un ans. Annexite suppurée bilatérale, rétroversion adhérente.

Intervention, 30 mai 1911 (M. Pollosson). — Ablation de l'annexe gauche et de la trompe droite, conservation de l'ovaire droit et de l'utérus, fixation utérine.

Résultat, quatre mois après : *améliorée*.

La malade travaille peu, malaises, bouffées de chaleur, souffre dans le côté droit, règles trop abondantes, utérus rétroversé.

Résultat, avril 1914, trois ans après : *bon*.

Résultat général : va bien, a pris 14 kilogrammes, mais n'est pas obèse, travaille, encore quelques bouffées de chaleur, est devenue plus nerveuse.

Résultat local : ne souffre pas du ventre ; le coït, non douloureux, a toujours présenté une frigidité complète.

Règles très régulières, douloureuses le premier jour ; ont été très abondantes après l'opération ; depuis un an, ne durent qu'un jour ; pas de pertes blanches.

La malade présente une bartholinite pour laquelle elle entre dans le service. Utérus horizontal, de volume normal, mobile ; culs-de-sac souples, ovaire non perçu.

OBS. 62 (XXIII de la thèse d'Armand). — P..., vingt-six ans. Annexite bilatérale subaiguë.

Intervention, 16 mai 1910 (M. Pollosson). — Pyosalpinx

double en avant de l'utérus, ablation de l'annexe gauche et de la trompe droite, conservation de l'utérus et de l'ovaire droit seul.

Résultat, 8 mai 1914, quatre ans après : *bon*.

Résultat général : va bien, très satisfaite d'avoir été opérée, a pris 10 kilogrammes, quelques bouffées de chaleur comme avant l'intervention.

Résultat local : ne souffre pas, diminution sensible du sens génésique ; règles régulières, peu abondantes (un jour), pertes blanches. Très bon état local : utérus en bonne attitude, on ne sent pas l'ovaire.

Obs. 63. — V... Joséphine, trente et un ans. Annexite bilatérale.

Intervention, 9 décembre 1913 (M. Mazet). — Ablation de l'ovaire gauche kystique et des deux trompes fermées et suppurées, conservation de l'utérus et de l'ovaire droit.

Résultat, trois mois et demi après : *bon*.

Résultat général : amélioration progressive, pas de trouble de sécrétion interne.

Résultat local : ne souffre plus guère du ventre, règles régulières, indolores, ont été très abondantes les deux premiers mois, moins abondantes le dernier (huit jours), pertes blanches.

Obs. 64. — V... Jeanne, trente-cinq ans. Annexite bilatérale.

Intervention, 15 juin 1912. — Gros pyosalpinx à droite, salpingite gauche. Ablation des trompes et de l'ovaire droit, conservation de l'utérus et de l'ovaire gauche.

Résultat, 22 mars 1914, vingt et un mois après : *bon*.

Va bien, peut travailler (demoiselle de magasin), pas d'embonpoint, aucun trouble d'insuffisance ovarienne, quelques troubles gastriques, ne souffre pas du ventre, pas de douleurs pendant le coït, règles normales, indolores ;

se plaint seulement de pertes blanches abondantes, surtout avant les règles.

OBS. 65. — C... Philomène, vingt-six ans. Annexite bilatérale.

Intervention, 22 octobre 1913 (M. Pellanda). — Lésions récentes avec adhérence; contenu épais, purulent des trompes. Ablation des annexes gauches et de la trompe droite, conservation de l'utérus et de l'ovaire droit.

Résultat, 18 mars 1914, cinq mois après : *très bon*.

Va très bien, peut faire un travail pénible, a engraisié de 5 kilogrammes, pas de malaises, ne souffre jamais du ventre ou des reins, ne souffre pas pendant les rapports; règles très régulières, non douloureuses, durent cinq à six jours; pertes blanches.

OBS. 66. — L... Florentine, vingt et un ans. Annexite bilatérale.

Intervention, 21 août 1912. — Pyosalpinx droit, castration droite, ablation de la trompe gauche, conservation de l'ovaire gauche et de l'utérus, appendicectomie.

Résultat, 23 mars 1914, vingt mois après : *très bon*.

Résultat général : se porte bien, est satisfaite de l'opération, n'a jamais souffert depuis, a pris 2 kilogrammes, travaille, pas de troubles de sécrétion interne, un peu plus nerveuse.

Résultat local : menstruation normale, à peine douloureuse; ne souffre pas au moment des rapports, peu de pertes blanches, utérus en bonne attitude, mobile; cul-de-sac souple, résultat parfait, pas de ptose.

OBS. 67. — G... Francine, repasseuse. Annexite double.

Intervention, 4 janvier 1907 (M. Pollosson). — Salpingite suppurée gauche sous forme d'une collection du volume d'une orange. Ablation de l'annexe gauche. Salpingite nodulaire droite. Ablation de la trompe, conservation de

l'ovaire qui est cautérisé au fer rouge au niveau d'une adhérence plus ou moins fongueuse, conservation de l'utérus qui est fixé par un plissement du ligament rond droit, l'angle gauche est fixé à la paroi par un point en U, pas de drainage.

Résultat, 18 avril 1914, sept ans et trois mois après : *très bon*.

Résultat général : la malade va très bien, est forte, travaille, n'a jamais eu aucun malaise, n'est pas grasse.

Résultat local : ne souffre jamais du ventre ou des reins, coït non douloureux, menstruations régulières, normales; peu de pertes blanches, a souffert du ventre et a perdu une fois pendant huit jours en dehors de ses règles normales après une longue course en voiture.

Utérus petit, antifléchi, souple, en bonne attitude; on devine l'ovaire droit non douloureux, non gros.

Obs. 68. — B... Marie, trente-cinq ans. Annexite bilatérale. Fausse couche après trois mois de mariage, métrorragie pendant un an et demi. Est venue pendant cinq ans à la consultation se faire mettre des tampons.

Intervention, 14 juin 1912 (M. Pollosson). — Ablation de l'annexe droite (gros pyosalpinx), ablation de la trompe gauche (salpingite), conservation de l'ovaire gauche et de l'utérus.

Résultat, 12 mars 1914, douze mois après : *très bon*.

Résultat général : la malade se porte très bien; quatre mois après l'intervention, est entrée comme ouvrière dans une usine de tissage. Elle est vigoureuse, a repris son poids normal, aucun signe d'insuffisance ovarienne.

Résultat local : ne souffre jamais du ventre, ni des reins, ne souffre pas au moment des rapports, menstruation normale, indolore; très peu de pertes blanches.

Utérus en rétroversion légère, non douloureux; ovaire non perçu.

Résultat parfait.

Obs. 69. — M... Marguerite, trente ans. Annexites suppurées bilatérales à accroissement rapide. La malade souffrait du ventre, sans pouvoir travailler, depuis le mois d'août 1911, à la suite d'une fausse couche de quatre mois et demi avec délivrance artificielle.

Intervention, 17 avril 1912 (M. Pollosson). — Ablation de la trompe droite distendue par le pus, conservation de l'ovaire droit, trompe gauche pleine de pus verdâtre, ovaire kystique du volume d'une mandarine plein de sérosité verdâtre, ablation des annexes gauches, conservation de l'utérus et de l'ovaire droit.

Résultat, 17 mars 1914, un an et onze mois après : *très bon*.

Résultat général : la malade se déclare très satisfaite, a repris son poids normal, travaille et n'éprouve aucun malaise.

Résultat local : la malade ne souffre jamais du ventre, ni des reins ; elle ne souffre plus pendant les rapports, le sens génital n'est pas modifié, les règles sont régulières, normales comme durée et comme abondance, non douloureuses ; peu de pertes blanches.

Utérus normal en position intermédiaire ; l'ovaire droit n'est pas perceptible.

Obs. 70. — Q... Eulalie, trente-trois ans. Pyosalpinx bilatéral ; la malade souffrait du ventre depuis dix ans, presque depuis le début de son mariage. Pas de grossesse. Elle garde le lit depuis un mois, avec crises très douloureuses et vomissements.

Intervention, 10 juillet 1913 (M. Mazet). — Les deux trompes, distendues par du pus, présentent le volume d'un gros pouce ; elles sont accolées l'une à l'autre par leur pavillon à la face postérieure de l'utérus qu'elles soutiennent ; ovaire droit légèrement kystique. Ablation des deux trompes et de l'ovaire droit, conservation de l'utérus et de l'ovaire gauche. Après ablation des trompes, l'utérus

tombe dans le Douglas ; fixation à la paroi par le procédé de Doléris-Pellanda.

Résultat, 25 mars 1914, huit mois et demi après : *très bon*.

Résultat général : la malade se porte très bien, travaille, se trouve aussi forte qu'autrefois ; elle n'a aucun trouble de la ménopause prématurée ; elle a grossi de 7 kilogrammes, mais elle avait beaucoup maigri pendant sa maladie.

Résultat local : la malade ne souffre jamais du ventre, ni des reins ; règles normales, un peu douloureuses le premier jour, durent trois à quatre jours, plus abondantes qu'autrefois ; pas de pertes blanches ; la malade ne souffre plus pendant les rapports et son sens génésique s'est éveillé depuis l'opération.

L'utérus est en excellente position, plaqué contre la symphyse ; col normal ; l'ovaire gauche est un peu volumineux, mais la malade va avoir ses règles ; il n'est pas douloureux.

Obs. 71 (due à l'obligeance de M. Violet). — J..., trente ans. Règles douloureuses depuis son mariage à vingt-trois ans. Diagnostic clinique : abcès froid tuberculeux bilatéral.

Intervention, 28 mars 1913 (M. Violet). — Ablation des deux trompes distendues, contenant chacune 100 grammes de pus. Conservation de l'utérus et de l'ovaire gauche. A droite, l'ovaire était adhérent, légèrement kystique. Il est enlevé.

Résultat, mars 1914 : *excellent état*.

Conservation des règles, très régulières, sans douleurs. Etat objectif parfait.

Obs. 72. — P... Marie, dix-neuf ans. Suppuration annexielle. La malade avait eu, le 10 mai 1912, une fausse couche de trois mois et souffrait du ventre depuis ce moment.

Intervention, 29 août 1912. — Ablation des annexes

gauches et de la trompe droite suppurées. Conservation de l'utérus et de l'ovaire droit, appendicetomie.

Résultat, 25 mars 1914, dix-neuf mois après : *très bon*.

Résultat général : la malade est très satisfaite et s'est très bien portée immédiatement après l'opération. Elle est forte, a pris 7 à 8 kilogrammes, n'éprouve aucun malaise.

Résultat local : elle ne souffre jamais du ventre ni des reins. Ce n'est que depuis l'opération que le sens génésique s'est développé.

Règles très régulières, indolores, durent deux jours ; un peu plus abondantes qu'avant l'opération. Pertes blanches.

Utérus petit, avec col normal. Il est horizontal et présente même un léger degré de rétroversion.

L'ovaire n'est pas senti.

OBS. 73. — J... Andrée, dix-sept ans et demi. Annexite double. Pas de fausse couche. Souffre du ventre depuis un an. Beaucoup de pertes jaunes.

Intervention, 19 janvier 1912 (M. Pollosson). — Ascite claire abondante : 300 grammes. Annexe droite entourée d'adhérences. La trompe entoure l'ovaire très épaissie et kystique, le tout du volume d'une mandarine. Ablation. Ablation également de la trompe gauche fermée et épaissie. Conservation de l'ovaire gauche et de l'utérus. Libération des adhérences vélamenteuses du Douglas. Huile camphrée. Le contenu des annexes droites est franchement purulent.

Résultat, 27 mars 1914, deux ans après : *bon*.

Résultat local : souffre très rarement à droite. Ne souffre pas pendant le coït. Le sens génésique n'a pas été modifié, menstruations régulières tous les vingt-cinq jours, non douloureuses (huit jours abondantes). Pertes blanches.

Résultat général : la malade se porte bien, travaille depuis un an et demi dans une usine de pâtes alimentaires. A pris 1 ou 2 kilogrammes. Quelques céphalées, quelques troubles digestifs.

Utérus normal en bonne attitude. Ovaire gauche perceptible, à peine tuméfié, légèrement sensible.

OBS 74. — C... Marguerite, vingt-quatre ans. Annexite double, jamais de grossesse, souffre du ventre depuis trois mois, ménorragies, dysménorrhée, pertes verdâtres. La malade a été traitée il y a sept ans par le Dr Cordier pour une salpingite gauche. L'examen clinique ferait plutôt penser à une tumeur solide de l'ovaire.

Intervention, 17 juin 1913 (M. Pollosson). — Ovaire polykystique tuberculeux gauche. Ablation de l'annexe gauche et de la trompe droite, conservation de l'utérus et de l'ovaire droit.

On trouve un ovaire du volume d'un gros poing parsemé à la coupe de kystes gros comme une noix ou une noisette, plein de pus épais ou caséux. Trompes épaissies, contenu caséux. La trompe droite est fermée et adhérente, l'ovaire droit est gros et légèrement polykystique, on le conserve néanmoins. Ablation difficile de l'annexe gauche.

Résultat, 25 mars 1914, neuf mois après: *bon*.

Résultat général: la malade déclare se porter aussi bien, être aussi forte qu'avant sa maladie, elle a pris 6 kilogrammes, très rares bouffées de chaleur, céphalées assez fréquentes; très nerveuse avant l'opération, est devenue très calme depuis.

Résultat local: ne souffre pas du ventre ou des reins, sauf au moment des règles qui sont cependant moins douloureuses qu'autrefois, régulières, de durée normale, très peu de pertes blanches, coït encore un peu douloureux, amélioration du sens génésique.

Utérus en bonne attitude, ovaire droit gros, légèrement douloureux, cul-de-sac gauche très souple.

OBS. 75. — R... Jeanne, vingt-six ans. Annexite bilatérale.
Intervention, 21 juin 1913 (M. Pollosson). — Gros hydro-

salpinx à droite, salpingite gauche, pelvipéritonite, conservation de l'utérus et de l'ovaire gauche.

Résultat, 19 mars 1914, un ans et neuf mois après : *très bon*.

Résultat général : la malade va très bien, exerce sans peine le métier pénible de coiffeuse, n'a pas engraisé, n'a jamais éprouvé aucun malaise, n'est pas nerveuse, elle est très satisfaite.

Résultat local : les règles sont régulières, normales comme durée et comme abondance (quatre à cinq jours), non douloureuses ; la malade ne souffre jamais du ventre ou des reins, quelques pertes blanches, ne souffre pas au moment des rapports.

Utérus en bonne position, de volume normal, ovaire droit perçu, non augmenté de volume et non douloureux, culs-de-sac souples.

En somme, guérison parfaite.

OBS. 76. — T... Mathilde, vingt-quatre ans. Annexite bilatérale.

Intervention, 8 septembre 1911 (M. Violet). — Ablation des annexes droites. Ablation de la trompe gauche à pavillon ouvert, mais contenant du pus, qu'on fait sourdre à la pression. Conservation de l'ovaire gauche et de l'utérus qu'on fixe par un seul point au catgut au niveau du pédicule droit.

Résultat, 19 mars 1914, deux ans et demi après : *très bon*. La malade va très bien, n'a pas engraisé, travaille sans fatigue, n'accuse aucun malaise, est bien réglée, quelques pertes blanches.

OBS. 77. — V... Jeanne, vingt-six ans. Annexite bilatérale.

Intervention, 5 octobre 1912 (M. Pellanda). — Annexite plus volumineuse à gauche, plus petite à droite. Ablation

de l'annexite gauche, de la trompe droite et de l'appendice.
Conservation de l'ovaire droit et de l'utérus.

Résultat, 21 mars 1914, dix-sept mois après : *très bon*.
Va très bien, travaille sans fatigue, a grossi de 10 kilogrammes, quelques céphalées, ne souffre jamais du ventre ou des reins, pas de douleurs pendant les rapports.

Règles tous les vingt et un jours, abondantes, indolores, durent trois jours, pertes blanches.

OBS. 78. — G... Clotilde, trente-deux ans. Annexite gauche.

Intervention, 23 juillet 1912 (M. Pellanda). — On trouve les deux trompes un peu volumineuses et l'ovaire gauche malade. Ablation des annexes gauches et de la trompe droite, conservation de l'ovaire droit et de l'utérus, appendicectomie, fixation de l'utérus par le procédé de Doléris-Pellanda.

Résultat, 23 mars 1914 : vingt mois après, *très bon*.

Résultat général : la malade déclare qu'elle ne s'est jamais aussi bien portée que depuis son opération, elle travaille sans peine, elle n'a aucun malaise, sauf quelques maux de tête, elle se plaint seulement d'avoir engraisé de 10 kilogrammes.

Résultat local : les règles sont régulières, non douloureuses, durent quatre jours : une période d'aménorrhée de quatre mois, du 10 novembre 1913 au 9 mars 1914. Pas de pertes blanches, pas de douleurs au moment des rapports.

OBS. 79. — B..., trente-neuf ans. Annexite bilatérale. Lésions anciennes très dures, faisant bloc avec l'utérus, et en ayant imposé pour un fibrome avec lésions annexielles.

Intervention, 12 janvier 1914 (M. Pollosson). — Ablation des deux trompes, conservation de l'utérus et d'une partie de l'ovaire gauche, fistule stercorale qui se ferme spontanément.

Résultat, 10 avril 1914, trois mois après : *bon*. Va très bien, est forte, aucun trouble de ménopause artificielle, n'est pas nerveuse, a pris 4 kilogrammes, ne souffre jamais du ventre, pas de douleurs pendant le coït ; règles régulières, indolores (seulement un peu de céphalée), durent quatre jours ; pas de pertes blanches.

OBS. 80 (due à l'obligeance de M. Pellanda). — P..., trente-six ans, soignée depuis douze ans pour des annexites chroniques avec poussées fébriles et accidents péritonitiques deux ou trois-fois par an. Origine gonococcique probable.

Intervention, 20 octobre 1913 (M. Pellanda). — Annexites bilatérales ; tout le Douglas est noyé d'adhérences. Ablation des deux trompes et de l'appendice. L'ovaire droit est conservé. Doléris modifié.

Depuis, état parfait. Bien réglée sans douleurs. Constipation très améliorée, vie active. Se considère actuellement comme mieux portante que jamais. Au toucher, utérus en bonne position, mobile, indolore.

Très bon résultat.

OBS. 81 (due à l'obligeance de M. Pellanda). — J..., vingt-quatre ans, opérée pour lésions annexielles bilatérales, constatées au bout d'un an de vie conjugale, sans épisodes aigus, mais avec antécédents personnels bacillaires et notion de gonorrhée ancienne chez le mari.

Intervention, 26 avril 1912 (M. Pellanda). — Trompes noueuses, épaissies, ouvertes, très gros ovaire gauche œdémateux, le tout noyé d'adhérences. Conservation de l'utérus et de l'ovaire droit. L'utérus est rétroversé et fortement adhérent, on le libère et on le fixe par le procédé de Doléris modifié.

Depuis, *excellente santé*, règles régulières, peu abondantes. Absence absolue de douleurs.

OBS. 82 (XXIV de la thèse d'Armand). — G... Antoinette, trente ans. Annexite bilatérale avec adhérences anciennes remplissant tout le petit bassin.

Intervention, 21 juillet 1911 (M. Violet). — Ablation des annexes gauches et de la trompe droite.

Conservation de l'utérus et de l'ovaire droit. L'annexe gauche est petite, adhérente, difficile à isoler sous le côlon pelvien.

Résultat, trois mois après : *très bon*.

Excellent état général. Pas d'insuffisance ovarienne. Menstruation normale.

La malade a été revue en juin 1914, par M. le professeur Pollosson, près de trois ans après l'intervention. Elle va très bien, se déclare très satisfaite, moins nerveuse qu'avant l'opération. Ne souffre jamais du ventre ni des reins, ni pendant les rapports. Menstruation régulière, indolore, un peu plus abondante (huit jours). Pas de pertes blanches.

Résultat local et résultat général parfaits.

OBS. 83. — Veuve T... Louise, trente-neuf ans. La malade a eu neuf enfants, elle a été traitée longtemps pour une métrite, c'est surtout depuis sa dernière grossesse qu'elle a souffert du ventre. Veuve depuis sept ans.

Annexite bilatérale. Hernie ombilicale.

Intervention, 28 mars 1912 (M. Pollosson). — Epiplocèle, cure radicale. Ablation des deux trompes. Conservation des ovaires et de l'utérus.

Résultat, deux ans après : *très bon*.

Résultat général : la malade se trouve très bien, n'a pas engraisé, n'éprouve aucun malaise, travaille.

Résultat local : règles régulières, tous les vingt-cinq jours, durent quatre ou cinq jours. La malade souffre le premier jour. Pertes blanches modérées. Utérus gros, métritique, peut-être fibromateux, en rétroversion adhérente fixé à droite et en arrière. Les ovaires ne sont pas perçus.

Malgré cela, la malade n'éprouve que quelques maux de reins assez rares et se déclare très satisfaite.

OBS. 84 (due à l'obligeance de M. Violet). — L..., trente-sept ans. Infection *post abortum*. Hydrosalpinx bilatéral. Crises douloureuses, abdominales, dues à de la distension colique ou à de la torsion.

Opération, avril 1912 (M. Violet). — Ablation des deux trompes. Conservation d'un ovaire et de l'utérus.

Résultat: la malade a donné souvent de ses nouvelles depuis. Elle va tout à fait bien.

OBS. 85 (due à l'obligeance de M. Pellanda). — C..., trente-trois ans. Rétroversion adhérente et annexite bilatérale.

Intervention, 19 mars 1914 (M. Pellanda). — Ablation des deux trompes fermées adhérentes et de l'ovaire gauche. L'ovaire droit étalé, adhérent au feuillet postérieur du ligament large, doit être replié sur lui-même et suturé pour arrêter l'hémorragie de la surface de décollement. Fixation de l'utérus par le procédé de Doléris modifié.

Les accidents douloureux remontaient à une dizaine d'années, depuis état général et local excellent.

OBS. 86. — R... Lucie, multipare, vingt-cinq ans. Règles irrégulières, souffre depuis longtemps.

Intervention, 14 février 1914 (M. Mazet). — Utérus rétro-versé, fixé seulement par annexite droite adhérente dans le douglas. Ablation de la trompe droite fermée et noueuse et de l'ovaire droit scléro-kystique. Ablation de la trompe gauche enflammée dont le pavillon laisse sourdre du pus. Conservation de l'ovaire gauche qui paraît sain et de l'utérus qui est fixé par le procédé de Doléris-Pellanda.

Résultat, 15 juin 1914, quatre mois après: *très bon*.

Va très bien, travaille sans peine. Aucun trouble de ménopause anticipée. Pas d'embonpoint. Ne souffre pas du ventre. Diminution du sens génésique. Règles régulières,

indolores, très abondantes comme autrefois, sans caillots ; elles ont duré huit jours au début, mais elles diminuent de durée et d'abondance. Utérus bien maintenu en bonne attitude, petit. Ventre et culs-de-sac souples. Ne souffre pas.

OBS. 87. — F... Marie, trente-quatre ans. Rétroversion et salpingite bilatérale.

Intervention, 6 novembre 1912 (M. Pollosson). — Trompes fermées à contenu très trouble. Ovaires sains. Ablation des deux trompes. Fixation de l'utérus par le procédé de Doléris-Pellanda.

Résultat, seize mois après : *très bon*.

Résultat général : se porte très bien. Travaille, pique à la machine sans fatigue. A pris 8 kilogrammes. S'est mariée il y a sept mois.

Résultat local : ne souffre jamais du ventre. Les règles non douloureuses, régulières, durent cinq à six jours et sont bien moins abondantes qu'avant l'opération. Quelques pertes blanches après les règles.

OBS. 88. — L... Léontine, trente-deux ans. Rétroversion difficile à maintenir avec un pessaire. Utérus gros, métritique. Accouchement à terme, il y a six ans ; depuis ce moment, la malade a de la rétroversion et de la métrite.

Intervention, 6 novembre (M. Violet). — Laparotomie transversale. Libération des adhérences dans le Douglas de l'utérus, à l'intestin et du corps au col utérin. Ablation de l'annexe gauche. Libération de l'ovaire droit qu'on conserve. Amputation de la trompe droite. L'utérus est gros. On le conserve cependant, fixation à la paroi par le procédé de Doléris-Pellanda.

Résultat, 21 mars 1914, deux ans et quatre mois après : *très bon*.

Résultat général : la malade se porte très bien, elle a fait son ménage dès sa sortie de l'hôpital et, six mois après,

elle travaillait dans une usine. Un peu nerveuse. N'a aucun malaise.

Résultat local : elle ne souffre jamais du ventre et des reins, sauf le premier jour de ses règles qui sont régulières toutes les trois semaines, durant deux jours. Très peu de pertes blanches. Pas de modification du sens génésique. Utérus en antéversion, plaqué contre la paroi, de volume normal. Ovaire perceptible sans être ni volumineux, ni douloureux.

OBS. 89. — P... Eugénie, vingt-cinq ans. Rétroversion. Annexite bilatérale. Pas de grossesse. Vient à la consultation depuis un an. Continue à souffrir malgré columnisation. Pertes jaunes irritantes.

Intervention, 26 décembre 1913 (M. Mazet). — Ablation de l'annexe gauche et de la trompe droite. Conservation de l'ovaire droit. Fixation de l'utérus par le procédé de Doléris-Pellanda. Appendicectomie.

Résultat, 17 mars 1914, deux mois et demi après : *très bon*.

Résultat général : la malade va bien, a pris 3 kilogrammes depuis l'opération. Céphalées assez fréquentes, pas d'autres malaises.

Résultat local : la malade ne souffre pas du ventre, ni des reins. Ses règles sont venues le 26 février, ont duré dix jours, comme avant l'intervention, non douloureuses. Pertes blanches. Les rapports ne sont plus douloureux. Conservation du sens génésique.

OBS. 90. — B... Marie, vingt-trois ans. Salpingo-ovarite avec utérus en rétroversion. Infection probablement gonorrhéique.

Intervention, 27 avril 1912 (M. Violet). — Ablation d'un hydrosalpinx gauche, conservation de l'ovaire. Ablation des annexes droites, conservation d'un petit moignon tubaire. Libération des adhérences rétro-utérines : un fil de

fixation du pédicule à la paroi. Conservation de l'ovaire gauche et de l'utérus.

Résultat, 21 mars 1914, dix-huit mois après : *très bon*. Va bien, peut travailler. N'a pas engraisé. Aucun trouble de la ménopause opératoire. Accuse quelques douleurs de courte durée dans le ventre, du côté gauche, et dans la jambe gauche. Règles régulières indolores. Pas de pertes blanches.

OBS. 91 (due à l'obligeance de M. Violet). — V..., vingt-trois ans, multipare. Infection utéro-annexielle à la suite d'une fausse couche. Rétroversion adhérente aux annexes bilatérales en prolapsus. A cause de la situation basse des annexes, cette malade souffrait beaucoup.

Intervention, 9 octobre 1913 (M. Violet). — Annexites bilatérales. Trompes fermées du volume du pouce. Ovaires sains. Ablation des deux trompes, conservation d'un ovaire, d'un bout de trompe amputé et de l'utérus fixé par les ligaments ronds.

Revue en décembre : *va tout à fait bien*. Ne souffre plus au moment de ses règles.

OBS. 92 (XXXVI de la thèse d'Armand). — R..., vingt-huit ans. Annexite double, rétroversion adhérente. Ablation de l'annexe gauche et de la trompe droite. Le 4 mai 1910, fixation de l'utérus. Conservation de l'utérus et de l'ovaire droit.

Résultat, un an et demi après : *améliorée*.

Se porte assez bien, travaille, pas de signes de ménopause anticipée. Souffre quelque peu du ventre dans l'intervalle des règles. Ménorrhagies (règles durant parfois douze jours). Pertes jaunes abondantes. Souffre beaucoup moins qu'avant pendant les rapports. Utérus en antéflexion, avec rétro-position ; ovaire droit un peu prolapsé, non douloureux.

Résultat, trois ans et dix mois après : *bon*.

Résultat général : va bien, travaille, pas d'embonpoint.

Quelques troubles gastriques. Aucun signe d'insuffisance ovarienne. N'est pas nerveuse. Ne souffre pas du ventre, sauf quelques lancées à droite. Souffre encore quelquefois pendant les rapports. Conservation du sens génésique. Les règles ont été douloureuses, pendant un an, après l'intervention; elles sont actuellement indolores, très régulières, abondantes, durent de trois à huit jours. Peu de pertes blanches.

Utérus maintenu par un pessaire depuis plus d'un an. Ovaire non perçu.

OBS. 93 (XXXIV de la thèse d'Armand). — L..., vingt-six ans. Rétroversion et annexite. On espérait faire une ablation unilatérale, on est obligé d'enlever les deux trompes. Ventro-fixation le 6 avril 1911. Conservation de l'utérus et de l'ovaire droit sain.

Résultat, six mois après : *assez bon*.

Travaille bien. Pas de troubles de sécrétion interne. Quelques douleurs à droite avant les règles. Peu de pertes blanches. Douleurs à la miction, de temps à autre. Quelquefois, douleurs dans les rapports. Au toucher, utérus rétroversé; on ne sent pas d'annexes.

Résultat, mars 1914, trois ans après : *améliorée*.

Se porte assez bien. Fait un travail pénible (tisseuse). Quelques bouffées de chaleur. Devenue un peu plus nerveuse. Ne souffre pas pendant le coït. Souffre un peu du ventre lorsqu'elle se fatigue et au début de ses règles. Celles-ci sont assez irrégulières, durent six jours. Pertes blanches. En résumé, la malade va bien et n'accuse que quelques troubles dus à sa rétroversion.

OBS. 94. — J... Anne-Marie, vingt-cinq ans. Annexite double.

Intervention, 16 juillet 1912 (M. Pellanda). — Ablation d'une annexe droite suppurée avec lésions prédominantes sur l'ovaire. Salpingite gauche : ablation. Conservation de

l'ovaire et de l'utérus. Fixation utérine par le ligament rond à gauche. Nature tuberculeuse probable, on a trouvé du pus caséux, avec des amas d'apparence mastic.

Résultat, vingt mois après : *améliorée*.

Résultat général : ne va pas très bien, fait cependant un travail pénible. Bouffées de chaleur. Migraines fréquentes. Très nerveuse.

Résultat local : ne souffre pas pendant les rapports, mais souffre du ventre et des reins pendant ses règles, qui sont régulières et abondantes. Beaucoup de pertes blanches. En résumé, dysménorrhée et quelques troubles d'insuffisance ovarienne.

Obs. 95. — F... Eugénie, vingt ans. Annexite bilatérale avec utérus antéfléchi et rétroverse.

Intervention, 2 février 1912 (M. Pollosson). — Trompes très friables, contenant peu de pus, mais baignant dans une véritable cavité close formée par un abcès péritonéal péri-tubaire. On enlève les trompes et on laisse les ovaires sains, cachés sous les trompes malades. Plicature des ligaments ronds, huile camphrée.

Résultat, 17 mars 1914, deux ans après : *améliorée*.

Résultat général : va bien, a engraisé de 7 à 8 kilogrammes, sans obésité. Travail pénible : bonne de restaurant. Quelques céphalées.

Résultat local : souffre parfois un peu du ventre, à droite surtout. Parfois aussi douleurs après le coït. Règles douloureuses (la malade se couche le premier jour), avancent de huit jours. Beaucoup de pertes jaunâtres.

Obs. 96. — V... Claudine, trente-neuf ans. Annexite.

Intervention, 26 juillet 1912 (M. Pellanda). — Ablation de l'annexe droite. Conservation de l'ovaire gauche. Fixation utérine par le procédé de Doléris-Pellanda.

Revue le 16 mars 1914, vingt mois après : *améliorée*.

Résultat général : va bien, vigoureuse. A pris 7 ou 8 kilo-

grammes. Accuse quelques malaises légers. Migraines. Bouffées de chaleur, nervosité, surtout au moment de ses règles (femme à hérédité nerveuse chargée).

Résultat local : souffre parfois des reins, surtout avant les règles. Le coït n'est pas douloureux, mais provoque une perte de sang minime. Règles régulières. Pertes blanches.

Utérus fixé en avant en bonne attitude, mais gros cul-de-sac droit libre. Ovaire gauche sensible, mais non tuméfié. En somme, la malade va bien au point de vue subjectif et ne conserve qu'un peu de métrite.

OBS. 97. — P... Denise, vingt-quatre ans. Annexite bilatérale. Un enfant de trois ans. A commencé à souffrir assez brusquement au mois de mai.

Intervention, 6 juin 1912. — Pyosalpinx bilatéral. Conservation de l'ovaire droit et de l'utérus. Mèche vaginale.

Revue, 17 mars 1914 : *améliorée* (un peu de dysménorrhée).

Résultat général : la malade va bien, peut travailler, a maigri de 6 kilogrammes. Bouffées de chaleur, maux de cœur fréquents avant ou après les règles. Nerveuse.

Résultat local : souffre des reins quand elle se fatigue beaucoup. Le coït n'est plus douloureux comme avant l'opération. Pas de modification du sens génésique. Règles tous les vingt-cinq jours, durent cinq à six jours. Souffre du ventre les deux ou trois jours qui précèdent. Beaucoup de pertes blanches séreuses. Rien à l'examen local.

OBS. 98. — B... Marie, vingt-cinq ans. Annexite double. Rétroversion adhérente.

Intervention, 10 novembre 1913 (M. Pellanda). — Ablation des deux trompes. Conservation de l'ovaire droit et de l'utérus. Doléris-Pellanda. Appendicectomie.

Résultat, quatre mois après : *améliorée*.

Résultat général : la malade se plaint de n'avoir pas

encore repris ses forces, ni pu travailler, mais elle n'accuse pas d'autres troubles. Elle n'est pas nerveuse.

Résultat local : elle ne souffre pas du ventre, sauf au niveau de sa cicatrice. Pas de douleurs pendant le coït. Souffre un peu avant ses règles, qui sont régulières, normales. Beaucoup de pertes blanches.

En résumé, se plaint d'asthénie et de dysménorrhée légère.

OBS. 99. — B... Marie, trente-sept ans. Annexite bilatérale.

Intervention, 4 juillet 1912 (M. Pollosson). — Ablation des annexes gauches et de la trompe droite, conservation de l'ovaire droit et de l'utérus. Quelques adhérences inflammatoires avec l'intestin. Plicature du ligament rond au catgut.

Résultat, 29 mars 1914, vingt mois après : *mauvais*.

Résultat général : la malade ne va pas bien, n'a pas repris son travail ordinaire, a engraisé de plusieurs kilogrammes, accuse des malaises multiples : céphalées, crises douloureuses abdominales, troubles urinaires, mais c'est avant tout une nerveuse, dont l'exaspération est évidente.

Résultat local : règles régulières, retardent de cinq jours, non douloureuses. Beaucoup de pertes blanches. Ptose abdominale marquée, maux de reins. Utérus en bonne attitude : antéflexion exagérée, comme fixée par des adhérences. Ovaire droit augmenté de volume et sensible. Quelques troubles locaux, mais surtout ptose et névropathie.

OBS. 100. — C... Jeanne, vingt-six ans. Annexite bilatérale. Quatre fausses couches. Une bartholinite. Une colpotomie il y a quelques mois.

Intervention, 15 mars 1913. — Ablation de deux trompes fermées et adhérentes : la gauche, du volume du pouce, à contenu séro-purulent, la droite plus petite. Ablation de

l'ovaire gauche. Conservation de l'ovaire droit un peu déchiqueté par adhérence de la trompe.

Revue, le 14 mars 1914 : *mauvais résultat* (ovarite).

Résultat général : excellent état. Fait son ménage sans peine, embonpoint assez marqué, a engraisé de 10 kilogrammes. Quelques malaises et bouffées de chaleur.

Au point de vue local, tout est allé très bien jusqu'en janvier dernier. La malade ne souffrait pas du ventre, était réglée régulièrement. A partir de cette date, douleur du côté gauche du bas-ventre et métrorrhagies à peu près continues.

L'utérus est en bonne position. Cul-de-sac droit souple et normal. A gauche, on sent un peu d'infiltration du ligament large. L'ovaire est un peu gros avec séro-ovarite. En somme, *poussée aiguë dans un ovaire conservé*.

OBS. 101. — J... Julie, vingt-huit ans. Rétroversion et annexite.

Intervention, 25 mai 1912 (M. Pollosson.) — A gauche, grosse masse, formée aux dépens de l'ovaire surtout, et remplie de liquide séreux, ablation de l'annexe gauche. A droite, trompe adhérente et fermée avec muqueuse fongueuse, ovaire sain. Ablation de la trompe droite. Conservation de l'ovaire droit et de l'utérus fixé par le procédé de Doléris-Pellanda.

Résultat, vingt-deux mois après : *Mauvais*.

Résultat général : ne va pas bien, se plaint d'être complètement déprimée. Asthénie.

Résultat local : souffre parfois du ventre, quelquefois pendant le coït, règles régulières peu douloureuses.

Quelques troubles locaux, surtout asthénie persistante.

OBS. 102. — C... Rosalie, trente-six ans. Annexite gauche. Kyste de l'ovaire droit. Début il y a un an par des règles très douloureuses. A gauche, une masse peu volumineuse, plaquée contre l'utérus ; à droite, une masse

kystique plus volumineuse, distincte de l'utérus, mais mobilisable avec lui.

Intervention, 2 juillet 1913 (M. Pollosson). — Kyste séreux du volume du poing accolé à la corne utérine droite. Ablation des annexes droites. A gauche, salpingite suppurée : ablation de la trompe, conservation de l'ovaire gauche qui paraît sain. L'utérus, un peu gros, ne présente pas de myome : conservation. Huile camphrée.

Résultat, 28 mars 1914, huit mois et demi après.

Résultat général : la malade déclare se bien porter et présente un excellent état général. Elle n'a pas de malaises et travaille. Embonpoint normal.

Résultat local : les règles sont régulières, tous les mois, durent cinq à six jours au lieu de huit et sont d'abondance moyenne, mais la malade souffre pendant toute leur durée, surtout le premier jour ; elle ne peut travailler, mais doit rester couchée ou assise. Pas de modification du sens génital.

A l'examen, on perçoit une masse très volumineuse, kystique (du volume d'une tête de fœtus), qui bombe dans le cul-de-sac gauche et dans le Douglas, remonté dans la fosse iliaque gauche. L'utérus est refoulé à droite. M. Pollosson pense à une ovarite kystique inflammatoire, plutôt qu'à un kyste prolifère, ovarite peut-être susceptible de guérir par simple ponction. On se décide pour l'expectative. La malade reviendra dans deux mois.

29 juillet. — La malade va actuellement mieux, ses règles sont régulières, ne sont plus douloureuses. On perçoit à gauche un ovaire kystique du volume d'un poing accolé à l'utérus. La malade refuse toute intervention.

En résumé, poussée d'ovarite kystique paraissant rétro-céder spontanément.

Analyse des observations.

Parmi les 40 malades dont nous rapportons l'observation, 16 avaient des lésions annexielles suppurées, 24 des salpingo-ovarites chroniques avec trompes épaissies et fermées.

11 fois une rétroversion adhérente était venue se surajouter.

3 fois on a pu conserver les deux ovaires.

1 fois l'ovaire conservé fut réséqué.

19 fois l'intervention fut complétée par la fixation de l'utérus soit par plicature intrapéritonéale de ligaments ronds, soit par ventro-fixation, soit, le plus souvent, par le procédé de Doléris-Pellanda.

2 malades seulement n'ont pu reprendre leur travail et se plaignent d'asthénie persistante ; elles sont opérées depuis quatre mois et vingt mois (obs. 98-99).

8 malades présentent soit une dysménorrhée légère, soit des douleurs abdominales discrètes (obs. 93 à 102), mais, sauf 3, elles peuvent travailler.

L'examen local, dans l'observation 83, a fait constater l'existence d'un utérus gros, métritique, en rétroversion adhérente, sans que le malade accusât aucun trouble, au contraire la malade de l'observation 96, dont l'utérus est gros, a quelques signes légers de métrite.

La rétroversion, signalée dans un certain nombre d'observations (68, 72, 92, 93), n'a entraîné que des troubles fonctionnels légers et parfois même avait passé complètement inaperçue.

L'ovaire a été trouvé parfois un peu gros ou légèrement sensible (obs. 70-73).

Dans 2 cas seulement, les malades ont présenté, du fait de leur ovaire, des troubles assez importants ; ce sont, dans l'observation 100, des douleurs et des métrorrhagies dues à une poussée récente d'ovarite, et, dans l'observation 102, l'apparition d'une ovarite kystique assez volumineuse, avec dysménorrhée passagère.

27 malades accusent des pertes blanches ; chez 5 seulement il s'agit de pertes abondantes ou purulentes.

1 malade, malgré des règles régulières et abondantes, accuse des troubles d'insuffisance ovarienne : bouffées de chaleur, nervosité, migraine (observation 94).

Nous avons rencontré deux fois un peu d'obésité.

Nous avons pu interroger 12 malades, au point de vue de leur sens génésique : 7 nous ont déclaré qu'il n'était pas modifié depuis l'intervention, 3 nous l'ont dit amélioré et 2 un peu diminué.

En résumé, nous avons noté un bon résultat chez 32 malades sur 40, c'est-à-dire dans 76,20 pour 100 des cas, une simple amélioration chez 6 malades ou dans 14,30 pour 100 des cas, 1 mauvais cas deux fois seulement, c'est-à-dire dans 9,50 pour 100 des cas.

Une seule fois une intervention itérative a été proposée (obs. 102), mais une amélioration spontanée a empêché la malade de l'accepter.

Chez une autre malade, une poussée d'ovarite nécessitera peut-être une intervention secondaire.

Plus des trois quarts de nos malades ont obtenu une

guérison complète et 90 pour 100 ont retiré un bénéfice de leur intervention.

8° RÉSULTATS

Les femmes qui n'ont subi que la castration partielle conservent tous les caractères de leur sexe. Dans la majorité des cas, la menstruation est normale, régulière. Aucun signe de ménopause chirurgicale n'apparaît. Outre le bien-être que lui apporte le fait d'être délivrée de trompes douloureuses et la guérison définitive de son affection, la malade est heureuse de se sentir une femme comme les autres, d'avoir retrouvé son état antérieur à sa maladie. Ces malades conservent intact leur sens génésique. L'obésité ne le touche pas plus que l'atrophie de la vulve. Enfin, aucun trouble d'insuffisance ovarienne n'apparaît. C'est ce que nous avons observé dans le grand nombre de nos observations.

Si la persistance de la menstruation et de la sécrétion ovarienne est la condition de ce résultat, il n'est sans doute pas indifférent d'assurer la conservation et l'intégrité de ces nombreux filets nerveux qui, venus du plexus hypogastrique, des nerfs sacrés et du sympathique, convergent vers les parties latérales du col au voisinage de l'insertion du vagin pour former le plexus fondamental de l'utérus ou latéro-cervical et le ganglion de Franckenhœuser. La destruction de ces fibres nerveuses et de ces ganglions doit entrer en ligne de compte dans la pathogénie de l'atrophie des organes génitaux et les troubles du sens génésique

que l'on observe souvent après la castration utéro-annexielle.

Etat de la menstruation. — La menstruation cesse d'être douloureuse et reprend les caractères normaux qu'elle avait avant la maladie. Les règles sont régulières, d'abondance moyenne (quatre à cinq jours), généralement indolores. Quelques malades accusent de légers malaises : quelques douleurs la veille ou le premier jour des règles, mais il y a loin de là à la dysménorrhée qu'elles présentaient antérieurement. Pas de ménorragies ni de métrorragies si fréquentes au cours des salpingo-ovarites. Dans quelques cas, les règles sont devenues d'abondance trop faible, ce qui a coïncidé avec quelques troubles d'insuffisance ovarienne.

La menstruation s'est généralement rétablie dans le cours des deux premiers mois qui ont suivi l'intervention. Au début, les règles ont parfois présenté des caractères anormaux d'abondance ou de douleur, qui ont rétrocedé spontanément au bout de quelques mois.

Malgré la présence d'un utérus souvent infecté au moment de l'intervention, volumineux, les phénomènes de métrite n'ont jamais été assez accentués pour nécessiter une intervention itérative.

Un certain nombre de malades accusent des pertes blanches, parfois des pertes purulentes. C'est là un accident que l'on rencontre fréquemment même après les interventions radicales. Il s'agit d'une leucorrhée vaginale ou même de réinfection gonococcique ; beaucoup de nos malades étaient susceptibles de réinfections

fréquentes. Toutes les malades ont retrouvé la faculté de pratiquer le coït sans souffrir. Celles que nous avons pu interroger à ce point de vue ont déclaré que leur sens génésique n'avait pas subi de modification, parfois même subi une amélioration, et cela s'explique chez des malades porteurs de lésions chroniques depuis longtemps.

La rétroversion n'est venue qu'une fois apporter quelque gêne.

L'état mental de nos opérées, l'état psychique, l'état général nous ont toujours paru excellents et spontanément elles nous ont déclaré leur bien-être. Jamais nous n'avons rencontré de femmes nerveuses, préoccupées de leur état, gémissantes. Toutes font leur travail, sauf deux qui se plaignent d'une asthénie assez prononcée.

L'ovaire a-t-il donné les mécomptes qui seraient si fréquents au dire des partisans de la chirurgie radicale ? Cet ovaire est-il insuffisant, douloureux et dégénère-t-il ?

Malgré qu'il s'agisse de femmes présentant le plus souvent des lésions annexielles anciennes, bilatérales, souvent graves, suppurées, ayant donné lieu à des poussées multiples de pelvipéritonite, l'ovaire nous a paru capable de remplir son rôle, cependant il devait bien souvent être atteint de cette ovarite interstitielle scléreuse qui justifie chez beaucoup de chirurgiens la castration.

Cet ovaire infecté n'a donné lieu qu'une fois à une poussée d'ovarite inflammatoire.

Les troubles d'insuffisance ovarienne ont été insi-

gnifiants. Parfois une malade a signalé quelques rares bouffées de chaleur, un peu de céphalée, un peu de nervosisme, sans que jamais le symptôme accusé eût assez d'importance pour que la malade s'en plaignît.

Une seule malade a présenté une dégénérescence kystique, s'agit-il d'un kyste de l'ovaire vrai, ou d'une ovarite inflammatoire kystique? l'intervention aurait pu le dire si la malade l'avait acceptée; pour nous, il s'agit plutôt d'inflammation chronique. La tumeur, à deux examens successifs, a paru rétrocéder, les phénomènes de dysménorrhée qui avaient accompagné son développement ont disparu. La malade se sent très bien, si bien, qu'elle ne veut à aucun prix entendre parler d'intervention.

L'ovaire resté en place est-il douloureux? Il nous a semblé que, parfois, pendant les premiers mois, on pouvait le sentir un peu volumineux, plus sensible que normalement, comme s'il présentait une hypertrophie de compensation ou des phénomènes congestifs dus à l'hyperfonctionnement.

L'ancienneté de nos résultats permet-elle de conclure que nos malades vont continuer, grâce à leur ovaire, à conserver longtemps une menstruation régulière, une bonne équilibration de leurs facultés et un état général parfait, pour atteindre sans accroc l'âge de la ménopause naturelle?

Les plus anciens de nos résultats éloignés datent de sept ans et de cinq ans; c'est déjà assez pour affirmer que la menstruation ne sera pas un phénomène transitoire comme on l'a prétendu. Zaleski a vu que, chez 3 malades de Pozzi sur 8 qui avaient subi une

oophorectomie incomplète avec conservation de l'utérus, les règles s'étaient arrêtées après cinq, onze, et douze ans, il fait remarquer que dans l'application des résultats il faut tenir compte de la valeur antérieure des ovaires. Il constate que chez ces opérées il y a peu ou pas de symptômes d'insuffisance ovarienne, pas d'atrophie des organes génitaux, que des troubles nerveux insignifiants.

Nous croyons qu'il s'agit là d'une conservation partielle appelée à donner les meilleurs résultats et appelée à se généraliser davantage. Que pouvions-nous proposer à une jeune femme atteinte d'annexite chronique, condamnée au repos à la chaise longue, sujette à des crises douloureuses ramenées par les règles ou par le coït ? Par le traitement médical prolongé plusieurs années avec abstention des rapports conjugaux, bien difficiles et cependant si utiles à proscrire, nous pouvions quelquefois guérir une femme qui pas plus qu'elle ne pouvait être mère, ne pouvait être épouse. Par le traitement chirurgical, on supprimait radicalement chez elle tout espoir de maternité, et on infligeait à un cerveau quelquefois déjà prédisposé, à un tempérament impressionnable la secousse de la castration totale. Chez certaines femmes au tempérament bien équilibré, le choc était assez bien supporté, mais parmi les autres, les névropathes, que de résultats lamentables. La mort dans l'âme, le chirurgien devait parfois se résoudre à castrer des femmes de dix-huit à vingt ans. Il y a seulement quelques années, la chirurgie conservatrice était plus grave que la chirurgie radicale. L'hystérectomie améliorait singulièrement les résultats,

c'est ce qui enlevait au chirurgien toute envie d'ablation partielle d'annexes, du moins dans les salpingo-ovarites suppurées ou adhérentes.

C'est seulement depuis ces dernières années, à la faveur d'une aseptie rigoureuse, d'une technique parfaite que l'opération conservatrice peut lutter de bénignité avec la castration utéro-annexielle. Beaucoup de chirurgiens encore la redoutent, et la négligeant pour cette raison.

Le problème du traitement des salpingo-ovarites chroniques peut alors se poser d'une façon toute différente : lorsque le chirurgien sera *obsédé de conservation*, qu'aura-t-il à proposer ? il n'enlèvera certainement aucune chance de maternité à la femme, en faisant l'ablation d'une trompe malade, en libérant une trompe adhérente, en ouvrant une trompe fermée. Si les lésions tubaires contre-indiquent toute possibilité de fécondation, la conservation de l'utérus et de l'ovaire rendra à la malade, à la maternité près, son intégrité sexuelle et son intégrité physiologique.

Cette méthode de conservation n'a pas eu l'approbation unanime. En 1905, lorsque Tuffier présenta à la Société de Chirurgie 32 observations où il avait conservé l'utérus et un ovaire, une malade était morte des suites de l'intervention par septicémie due à un épanchement du Douglas et il signalait des suites opératoires plus mouvementées que celles de la castration totale.

Sur 15 malades revues, une avait dû subir ultérieurement une castration totale, une autre un curettage. Toutes les autres avaient bénéficié de l'intervention et

avaient une menstruation régulière. Dans sa conclusion il donnait les indications assez restreintes, que l'on a pu étendre à mesure que les complications post-opératoires des interventions partielles avaient plus de tendances à disparaître et que les suites offraient la même simplicité que les interventions radicales. « Il semble qu'une trompe bien fermée, à contenu refroidi depuis longtemps, sans adhérences très étendues, avec des ovaires sans atrophie, un utérus peu volumineux, le tout chez une femme jeune sans tare ptosique ou névropathique peut constituer une indication d'opération conservatrice, alors qu'un gros utérus ou un utérus scléreux enflammé depuis longtemps justifient la castration utéro-annexielle subtotale. » La lecture de nos observations montrera que M. Pollosson et ses élèves ont souvent étendu l'indication conservatrice à des trompes purulentes, et adhérentes, à des utérus métritiques.

Dans la discussion qui suivit, Legueu, quoique reconnaissant le bien-fondé du principe de la conservation, déclara n'avoir pu, en onze ans, faire que 17 interventions de ce genre, et lui reconnaît des indications très restreintes et délicates à poser.

Routier est partisan de la méthode radicale. J.-L. Faure croit que « si les troubles de la ménopause artificielle, qu'il ne faut pas exagérer, mais qui existent, ne sont pas négligeables, ces inconvénients sont en réalité bien peu de chose à côté de ceux qu'il y a à conserver des ovaires malades ». Il a dû réopérer plusieurs malades et a une tendance à être plutôt radical. Pierre Delbet n'est pas plus favorable : pour

autant que la conservation des ovaires ne donnera pas de meilleurs résultats, il ne se croira pas autorisé à tenter la conservation.

En 1910, au Congrès de Toulouse, de Rouville, pourtant partisan de la castration unilatérale et des opérations partielles sur l'ovaire, ne comprend pas l'intérêt qu'il peut y avoir à conserver un ovaire sûrement infecté à une femme privée de ses trompes dans le cas d'annexite bilatérale; dans ce cas il pratique l'hystérectomie vaginale ou abdominale. Pour Hartmann, l'ablation des trompes entraîne aussi celle de l'utérus.

Lorsque la question des greffes ovariennes attire l'attention des chirurgiens, quelques-uns, tout en reconnaissant l'intérêt biologique des expériences de Tuffier, expriment l'idée « que, si l'on a le désir de conserver un ovaire sain, il est plus rationnel de le conserver avec des connexions normales, le maintien de l'ovaire en place est supérieur à la greffe la mieux réussie » (Hartmann, 1911). Pour Routier, aux accidents de la ménopause, il ne convient pas davantage d'opposer la greffe ovarienne ou la conservation; en 1911, il est encore plus radical qu'en 1905, préférant exposer sa malade aux troubles de la ménopause artificielle qu'aux dangers d'une seconde intervention. (*Soc. de chir.*, 1911.)

Nous estimons au contraire que la conservation ovarienne sans hystérectomie est une opération qui doit devenir de plus en plus courante parce qu'elle ne mérite pas les reproches qu'on lui a adressés lorsqu'elle est faite avec une bonne technique et une asepsie parfaite. Elle évite à coup sûr les inconvénients

de la ménopause chirurgicale et n'expose qu'exceptionnellement à des interventions secondaires.

Elle rendra d'importants services dans les lésions tubaires si souvent bilatérales que provoquent la blennorrhagie et la tuberculose.

On a voulu obtenir la même influence physiologique par deux procédés qui ont eu leur heure de célébrité : la conservation d'un ovaire après hystérectomie et la greffe ovarienne.

9° LA GREFFE OVARIENNE ET LA CONSERVATION OVARIENNE APRÈS HYSTÉRECTOMIE

La greffe ovarienne a été expérimentée depuis 1885 par un assez grand nombre d'auteurs en Amérique, en France, en Allemagne, pour qu'il soit permis de porter un jugement sur ses résultats.

Ce fut Chrobak qui le premier eut l'idée de la greffe ovarienne chez les femmes, son élève Knauer fit les premières recherches expérimentales de greffe animale.

Le premier qui l'exécuta fut R.-T. Morris qui la fit sur deux femmes en 1895.

Carmichaël, Fr. Martin à l'étranger, Mauclore, Tuffier, Délagenière, Limon, de Rouville l'ont étudiée en France.

La greffe ovarienne eut au début la prétention de donner à la femme, à laquelle on avait enlevé les ovaires, non seulement le retour de la fonction menstruelle, la disparition des troubles d'insuffisance ovarienne, mais même la fécondité.

L. Sauvè, dans ses expériences personnelles, a obtenu

chez le lapin, sans anastomoses vasculaires, des greffes que l'histologie a montrées vivaces avec des corps jaunes qui après la greffe ont pu faire une évolution complète. La greffe se rapproche de la texture de l'ovaire ectopique.

Les autogreffes prennent, mais les hétérogreffes dégénèrent habituellement et ce phénomène s'explique par l'antagonisme qui existe entre le sang et les tissus d'un individu et ceux d'un autre individu (Martin, Maucclair, Marshall, Jolly, Sauvé). Cet antagonisme est moins marqué chez les animaux rapprochés par la consanguinité. Il n'existe pas entre le sang et les tissus d'un individu et les greffes de leurs propres ovaires. Martin, de Chicago, apprécie ainsi l'avenir de l'hétérogreffe : « S'il est vrai que l'échec, au cours d'une transplantation d'ovaire entre deux individus de même espèce, ne soit pas dû à une faute de technique, mais résulte d'un antagonisme de tissu ou de sang, pourra-t-on, par quelque procédé de préparation des sujets destinés à homogénéiser le sang et les tissus du donneur et du receveur, assurer le succès de cette transplantation? »

Chez la femme les chirurgiens ont fait l'hétérogreffe et l'autogreffe. L'hétérogreffe a pu être faite avec des ovaires prélevés au cours d'une castration pour fibrome soit dans une même séance opératoire, soit après conservation en cold-storage.

L'auto- ou l'hétéro-transplantation de l'ovaire ont été exécutées par des procédés variés. Morris, dans son premier cas, fixa un fragment d'ovaire provenant d'une autre malade sur le péritoine recouvrant le fond utérin ;

Martin et Tuffier ont greffé l'ovaire sur le ligament large incisé; Glass, par la voie vaginale, l'a inclus entre les deux feuillets du ligament large. Ce sont là des procédés de greffe péritonéale et péri-utérine. Morris, Frank, Delagenière ont fait la greffe intrasalpingienne. Cramer a introduit dans un ovaire atrophié un segment d'ovaire d'une autre malade (greffe intra-ovarienne).

Dudley incisa le fond utérin et fit une logette pour y placer l'ovaire nettoyé et réséqué, le fixa au fond de l'utérus, qu'il referma par-dessus (greffe intra-utérine). Enfin Mauclaire, Tuffier ont employé la voie sous-cutanée; Tuffier place l'ovaire dans une petite logette, qu'il crée facilement dans le tissu cellulaire de la paroi abdominale antérieure au cours de la laparotomie. Mauclaire a transplanté l'ovaire au voisinage de la région inguinale et anastomosé l'artère épigastrique avec une veine ovarienne.

L'ovaire a été greffé chez des femmes qui avaient subi une castration totale ou une oophoro-salpingectomie double, avec conservation de l'utérus.

Mauclaire, en 1909, signalait 13 observations d'hétérogreffes ovariennes avec retour et persistance des règles 6 fois, 1 cas de grossesse et 2 fausses-couches. L'observation célèbre de Morris signale chez une femme castrée greffée en 1902, une grossesse normale en 1906; il s'agissait d'une hétérogreffe. La possibilité d'ovaire surnuméraire, la persistance de débris ovariens, l'existence de cas de grossesse après castration ovarienne double (Chipmann), enlèvent toute valeur à ce cas resté unique.

L'hétérogreffe, outre qu'elle est discutable en elle-même, semble n'avoir jamais donné de résultat fonctionnel probant et paraît actuellement abandonnée et ses résultats discutés même en Amérique.

L'autogreffe entre les mains de Tuffier, de Mauclair, de Rouville, a donné des succès, incontestables mais bien rares.

Tout d'abord, il faut la réserver aux femmes dont l'utérus est conservé, car si la menstruation est définitivement supprimée, elle sera sans valeur pour combattre les troubles de la ménopause chirurgicale (Tuffier). Tuffier la croit indiquée dans les cas de salpingites doubles anciennes, très refroidies, si l'utérus paraît conservable; la glande, quel que soit son état dit scléro-kystique, est valable comme greffe, et il vaut mieux la greffer que de la laisser en place, car on pourra plus facilement l'enlever s'il y a lieu.

Comment se juge l'état de vitalité d'une greffe ovarienne? C'est par l'exploration clinique de la greffe, le rétablissement de la menstruation, l'examen chimique des modifications humorales et enfin et surtout l'examen histologique.

Dans les autogreffes, après ablation des annexes et conservation de l'utérus, la greffe reste silencieuse pendant un temps variable de deux à cinq mois, et les accidents de la ménopause anticipée sévissent, puis la greffe devient le siège de phénomènes congestifs et six à vingt jours après, un écoulement sanguin survient, la malade a ses règles, et tous les accidents de ménopause disparaissent.

Chaque mois, même poussée congestive de l'ovaire

greffé ou de l'un des deux ovaires greffés, suivie de la menstruation. Mauclaire a vu la menstruation persister sept ans et deux ans. Chez certaines opérées de Tuffier elle dure depuis cinq ans et demi, trois ans, deux ans. Dans un cas, l'ablation de la greffe a supprimé la menstruation.

Dans certains cas, la greffe est éliminée avec suppuration; dans d'autres cas, après être restée tolérée quelques semaines et perceptible, elle est le siège d'une augmentation de volume brusque qui précède la résorption.

D'après les examens histologiques pratiqués au cours des recherches expérimentales, Limon et Higuchi, ont décrit trois stades dans l'évolution des ovaires greffés : 1° L'ovaire nourri par inhibition dégénère en partie, seuls les follicules primordiaux persistent ;

2° Stade de réparation qui amène des vaisseaux dans le parenchyme, l'ovaire se régénère et les cordons de Pflüger reprennent leur évolution; une greffe enlevée au bout de trois ans et demi a montré la présence de corps jaunes ;

3° Dans certains cas, les ovaires cessent de fonctionner précocement, c'est le stade de régression. Pankow, Tuffier, Vignes, Gery ont présenté des examens histologiques de greffes ovariennes humaines correspondant à ces stades.

Si la greffe ovarienne humaine a donné des preuves de vitalité constatée cliniquement (menstruation) et anatomiquement (présence de corps jaunes et de follicules de de Graaf) elle a donné beaucoup plus d'échecs que de résultats positifs.

Sur 14 malades que Tuffier a pu suivre au delà de onze mois, 3 seulement sont réglées régulièrement, 2 ont des hémorragies, 4 sont réglées irrégulièrement, 3 ont vu leurs règles disparaître après deux ans, 4 souffrent au niveau de l'ovaire greffé, 2 ont dû subir l'ablation de l'ovaire greffé. De Rouville n'a qu'un seul résultat favorable. « Chez mes opérées dit-il, les greffes d'ovaires n'ont pas été capables d'un fonctionnement durable et, dans les cas en apparence les plus favorables, mes opérées ont été simplement mises au bénéfice d'une privation lente et graduelle de leur glande ovarienne. »

Ainsi les indications de greffes ovariennes, leurs prétentions thérapeutiques, sont allées en diminuant. Quoique réduites à l'homo-transplantation chez les femmes conservant l'utérus, cette opothérapie n'a pas donné de meilleurs résultats que l'opothérapie pharmaceutique.

Beaucoup d'échecs, douleurs au niveau de l'ovaire greffé, nécessitant parfois l'extirpation secondaire, résultats le plus souvent transitoires, dont le nombre se réduit encore si l'on pense à la fréquence relative de la menstruation après castration sans hystérectomie, tel est le bilan de la greffe ovarienne qui reste une expérience biologique du plus haut intérêt.

Cet ovaire greffé, pourquoi, dans le cas où l'utérus peut être conservé, ne pas le laisser en place? C'est l'objection qui se présente immédiatement à l'esprit et que n'ont pas manqué de faire à Tuffier, Hartmann, Bender et Algave. Hartmann, à la Société de Chirurgie (1911), s'exprime ainsi : « Il me semble que si l'on a

le désir de conserver un ovaire sain, il est plus rationnel de le conserver avec ses connexions normales, le maintien de l'organe en place, est, je crois, supérieur à la greffe la mieux réussie. » Alglave déclare « qu'il ne comprend pas pourquoi on déplace un ovaire dont l'état est douteux sous prétexte que s'il devient malade dans sa situation nouvelle il sera plus facile à enlever que si on l'avait laissé en place. Si cet ovaire était déjà un peu malade, le priver de ses moyens de nutrition habituel, c'est le mettre dans de bien mauvaises conditions pour réparer les lésions qui sont peut-être curables spontanément ».

La conservation d'un ovaire après hystérectomie a été préconisée pour éviter l'apparition de la ménopause prématurée chez les femmes castrées pour fibromyome utérin le plus souvent, quelquefois pour salpingo-ovarite, et nous avons pu recueillir des observations de ce genre dans le service de M. le professeur Pollosson. De nombreux chirurgiens en Amérique, en France, ont habituellement, au cours des hystérectomies pour fibrome, conservé un ou deux ovaires.

S'agit-il, là du moins, dans le traitement des salpingo-ovarites, d'une intervention conservatrice efficace et qui réponde à des indications nettes. M. Pollosson pense qu'il est toujours préférable de conserver l'utérus et un ovaire ; dans le cas où l'utérus ne peut être conservé, qu'il s'agisse de drainage, de technique ou d'infection locale, les lésions annexielles sont trop importantes pour qu'un ovaire puisse être fréquemment conservé. L'ovaire sera déjà malade pour son propre compte et insuffisant. Ce sont, d'ailleurs, ces femmes qui présen-

tent des lésions étendues anciennes avec pyosalpinx très adhérents, collections suppurées, qui présentent les troubles de la ménopause anticipée au minimum et qui bénéficient davantage du soulagement apporté par l'opération radicale.

Quoique la conservation des ovaires ait été envisagée surtout dans l'hystérectomie pour fibrome, nous indiquerons rapidement les résultats qu'elle a donnés et comment elle est appréciée. Pozzi et Jayle, dans la thèse d'Abrant (1899), concluaient, d'après 41 observations, que si la castration utéro-ovarienne ou ovarienne est suivie des mêmes troubles intenses dus à la suppression des ovaires, la castration utérine simple ne donne pas les mêmes troubles, « mais simplement quelques bouffées de chaleur légères et non gênantes, survenant à l'époque correspondant aux anciennes règles et allant rapidement en décroissant. Tuffier, au contraire, insiste dans la genèse des troubles de la ménopause anticipée sur l'importance de la suppression de la menstruation, la suppression de l'ovaire n'a, à son actif, que les troubles du métabolisme, troubles de la nutrition, obésité.

Doléris, Routier, Siredey, Delbet ne croient ni à la gravité des troubles de la ménopause chirurgicale, ni à l'utilité de la conservation d'un ovaire. Legueu et Schwartz la pratiquent chez les femmes jeunes (discussion à la Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Paris, 1907).

Dans les travaux de O. Polak et dans ses statistiques, il n'apparaît pas qu'il y ait une différence très appréciable entre les opérées qui ont conservé un

ovaire et celles qui ont subi la castration totale. Il fait remarquer que ce sont les femmes anémiées (fibromes hémorragipares) ou intoxiquées (suppurations annexielles anciennes) qui présentent au minimum les troubles nerveux de la castration. Il n'a fait qu'une seule fois la conservation d'un ovaire dans une salpingo-ovarite et n'a pas eu à s'en louer : la malade souffre au niveau de son ovaire conservé.

Le professeur de Bovis a récemment donné un exposé très complet de la question. Après avoir montré combien les avis sont partagés sur l'importance des troubles de la ménopause anticipée et les bénéfices de la conservation ovarienne, il conclut cependant que pour la majorité des auteurs les symptômes sont plus atténués dans la castration totale que dans la conservation ovarienne.

Mais pour lui les malades qui en souffrent sont « des nerveuses, des névropathes, des déséquilibrées qui sont d'abord une minorité et qui, de plus, ne seront jamais satisfaites d'avoir ou de ne plus avoir d'ovaire ». Chez de telles malades la conservation, pour peu que l'ovaire devienne gros, douloureux ou kystique, entraînera autant d'ennuis que la castration. L'auteur ne cache pas ses préférences pour l'intervention radicale.

Nous croyons que c'est mal poser la question de la conservation que de la discuter au point de vue de la conservation de l'ovaire isolé, et que celle-ci, en admettant qu'elle donne des résultats, n'est réellement indiquée que dans les fibromyomes utérins.

**10° HYSTÉRECTOMIES TOTALES AVEC CONSERVATION
OVARIENNE**

OBS. 103. — J... Jeanne, vingt-cinq ans. Annexite bilatérale. Hystérectomie totale, le 8 décembre 1913, avec conservation de l'ovaire droit qui paraît sain, par M. Pellanda.

Résultat, quatre mois après : *Mauvais*.

Travaille difficilement. Bouffées de chaleur. Nervosité. Céphalées. Souffre du ventre sans que l'on sente rien au toucher.

OBS. 104. — M..., vingt-huit ans. Annexite bilatérale. Hystérectomie totale avec conservation de l'ovaire gauche, le 16 février 1914, par M. Mazet. Annexes très adhérentes, pelvipéritonite séreuse, trompes noueuses purulentes.

Résultat, deux mois après : va bien, quelques céphalées depuis l'opération. N'est pas nerveuse. Ne souffre plus du ventre.

OBS. 105. — B... Louise, vingt-deux ans. Annexite bilatérale probablement bacillaire. Hystérectomie totale avec conservation de l'annexe gauche, par M. Pellanda, le 7 novembre 1913.

Résultat, quatre mois après : va bien, travaille. Seulement quelques bouffées de chaleur. Ne souffre jamais du ventre ou des reins. Conservation du sens génésique. Rien à l'examen local.

OBS. 106. — G... Elisa, vingt-deux ans. Annexite gauche. Hystérectomie totale, par M. Patel, le 29 octobre 1913, avec conservation de l'ovaire droit.

Résultat, cinq mois après : va bien, travaille. A eu pendant les deux premiers mois quelques bouffées de chaleur (deux à trois par semaine), a souffert des reins pendant les deux premiers mois. Rien à l'examen local.

OBS. 107. — S... Victorine, quarante-deux ans. Infection *post-abortionum*. Annexites suppurées, phlegmon du ligament large. Hystérectomie totale avec conservation de l'ovaire droit par M. Mazet, le 17 juillet 1913.

Résultat, huit mois après : a été longue à se remettre. Encore un peu de névralgie lombaire. Bouffées de chaleur deux à trois fois par semaine, vont en s'atténuant. Ne souffre plus du ventre. Sens génésique intact. Rien à l'examen local.

OBS. 108. — R... Anne, vingt-six ans. Annexite gauche *post-partum*, utérus métritique. Hystérectomie totale : conservation de l'ovaire droit, le 9 octobre 1913, par M. Patel.

Résultat, cinq mois après : va bien, travaille, mais un peu d'embonpoint, bouffées de chaleur légères une ou deux fois par jour. Un peu nerveuse. Ne souffre plus. Sens génésique intact. Pertes blanches abondantes. Rien à l'examen local.

OBS. 109. — L... Françoise, trente-six ans. Annexites bilatérales avec abcès péri-intestinaux. Hystérectomie totale avec conservation de l'ovaire droit, le 26 juin 1912, par M. Violet.

Résultat, vingt-deux mois après : va très bien : aucun trouble de ménopause anticipée.

Légère augmentation du sens génésique.

Ovaire droit perceptible, mais non douloureux.

OBS. 110. — C... Marie, quarante-huit ans. Annexite bilatérale ancienne. Hystérectomie totale, le 29 octobre 1913, par M. Patel avec conservation de l'ovaire gauche.

Résultat, quatre mois après : va bien, peut travailler, mais bouffées de chaleur intense survenant presque toutes les heures dans l'après-midi. Insomnie qui n'a cessé que depuis une semaine. Souffre des reins. Rien à l'examen local.

OBS. 111. — Veuve S... Joséphine, trente-six ans. Annexite ancienne. Hystérectomie totale avec conservation de l'ovaire gauche, par M. Patel, le 30 juillet 1912.

Vingt mois après, va très bien, travaille, aucun trouble de ménopause anticipée. Ne souffre jamais. Ovaire très perceptible, un peu gros, non douloureux.

OBS. 112. — M^{lle} Antoinette D..., trente ans. Annexite bilatérale ancienne. Hystérectomie totale, le 7 juin 1913, par M. Pellanda, avec conservation de l'ovaire droit.

Neuf mois après, névralgies lombaires qui empêchent le malade de faire des travaux pénibles. Nervosité. Constipation.

Souffre du côté gauche. Rien à l'examen, quelques pertes blanches.

OBS. 113. — H... Léonie, trente-neuf ans. Utérus infantile avec annexites bilatérales. Hystérectomie totale avec conservation de l'ovaire droit, par M. Pollosson, le 24 juin 1912.

Vingt et un mois après, se portait bien, mais depuis six mois, entérite avec crises fréquentes. Brides cicatricielles vaginales. Pertes jaunâtres.

OBS. 114. — S... Georgette, trente ans. Annexites bilatérales volumineuses. Hystérectomie totale avec conservation de l'ovaire droit porteur d'un gros follicule non rompu, le 25 juin 1913, par M. Pellanda.

Résultat, huit mois après : va bien, aucun trouble d'insuffisance ovarienne, accuse parfois une légère douleur à droite.

OBS. 115. — C... Claire, trente-quatre ans. Enorme pyosalpinx gauche. Hystérectomie totale avec conservation de l'ovaire droit, par M. Pellanda, le 22 avril 1912.

Deux ans après, va très bien, ne souffre plus et n'accuse aucun trouble de la ménopause chirurgicale.

OBS. 116. — T... Léonie, vingt-deux ans. Annexites

bilatérales, rétroversion, gros utérus métritique. Hystérectomie totale avec conservation de l'ovaire gauche, le 12 avril 1912, par M. Viollet.

Deux ans après, va bien, travaille, accuse seulement un peu de nervosité, quelques céphalées, quelques maux de reins et des pertes purulentes.

2 malades accusent des troubles de ménopause chirurgicale assez accentués (103 et 110). 5 ont seulement des troubles légers (105, 106, 107, 108, 112). Une malade présente un syndrome d'entérite muco-membraneuse (113).

Chez 6 malades on ne trouve aucun trouble de ménopause chirurgicale.

Une seule malade a pris de l'embonpoint, mais 5 se plaignent de pertes blanches.

Nous avons trouvé une fois un ovaire augmenté de volume, mais ne donnant aucun trouble.

Sur 3 malades interrogées à ce point de vue, 2 ont gardé leur sens génésique intact, la troisième l'a vu augmenter légèrement.

Malgré ces résultats relativement favorables, nous ne pouvons conclure à une action vraiment efficace de la conservation ovarienne simple en dehors de l'utérus, à cause du petit nombre de nos observations. Si, comme nous l'avons déjà fait remarquer, cette conservation peut être discutée au cours de la castration pour fibrome, dans le traitement des salpingo-ovarites bilatérales, la salpingectomie avec conservation ovarienne doit être présentée comme la seule intervention vraiment conservatrice, qui préserve à coup sûr des troubles de la ménopause chirurgicale.

CHAPITRE IV

LES OPÉRATIONS COMPLÉMENTAIRES

La métrite et la rétroversion utérine accompagnent souvent les lésions annexielles. Les lésions annexielles fixent et rendent irréductibles les rétrodéviations utérines ; si elles ont succédé généralement à une infection utérine, elles entretiennent, à leur tour, dans l'utérus la persistance d'une infection chronique. La chirurgie conservatrice ne donnera tous ses bons effets que si elle est complétée par le traitement de la métrite et de la rétrocession.

1° TRAITEMENT DE LA MÉTRITE

S'il est vrai que l'endométrite accompagne presque toujours les lésions annexielles, elle présente des degrés variables d'intensité, et elle est susceptible de rétrocession après ablation des trompes.

Arthur Gilles (Londres) n'a observé que 7 fois sur 105 interventions des troubles consécutifs dus à la conservation de l'utérus après salpingo-oophorectomie bilatérale (rétroversion, endométrite, fibrome).

Il y a donc une exagération manifeste à incriminer l'utérus de malaises suffisants pour justifier toujours la castration totale. L'hystérectomie apparaît plutôt

comme un perfectionnement de technique que comme une nécessité d'enlever toujours un organe infecté, douloureux, qui entretiendrait la persistance de pertes blanches ou purulentes, laisserait à la malade des douleurs lombaires ou abdominales. Si, après l'ablation des annexes malades, la métrite a une tendance spontanée à s'améliorer et à guérir, nous pouvons grandement hâter cette évolution.

Par tous les petits moyens habituels il faut s'attacher à la métrite du col surtout : les injections vaginales antiseptiques, les cautérisations du col, les pansements intra-utérins pourront être employés, même les amputations partielles du col, l'opération de Schröder. Le curettage surtout donnera d'excellents résultats, et lorsque les phénomènes de métrite seront importants, on pourra le pratiquer d'une manière systématique au cours de l'intervention ; dans d'autres cas, il deviendra indiqué ultérieurement pour supprimer des métrorragies gênantes. Il sera employé avec plus de circonspection si, du côté de l'annexe conservée, on perçoit des signes d'inflammation, car l'on sait combien il est fréquent de voir un curettage intempestif donner un coup de fouet aux lésions salpingiennes. Lorsque l'on aura fait la double salpingectomie, l'on ne craindra plus cette complication.

Le curettage préventif ou le traitement systématique de la métrite n'ont été pratiqués que rarement chez nos malades, et c'est là, sans doute, une lacune. Nous croyons qu'il y aurait un grand avantage à faire un traitement utérin, lorsque les malades peuvent être mieux suivies que des malades d'hôpital.

Le professeur Beuttner, de Genève, préconise depuis quelques années, pour éviter un *klimax præcox* chez les jeunes femmes, la conservation ovarienne avec excision en un bloc des trompes malades et du fond utérin. Cette résection utérine aurait pour effet d'amener la guérison de la métrite. Voici quel en est le manuel opératoire. L'utérus est saisi par son fond avec deux tire-bouchons, on fait une excision cunéiforme transversale du fond de l'utérus, en ménageant avec soin les ligaments ronds, les incisions sont prolongées en avant et en arrière sur le ligament large. L'opérateur pratique alors l'hémisection du fond utérin et il en enlève successivement chaque moitié avec la trompe malade décor-tiquée de dedans en dehors. La plaie utérine est fermée par une suture à deux plans. L'opération terminée, on est en présence d'un petit utérus avec un ou deux ovaires. Sur 15 opérations de ce genre, il y aurait eu 2 morts, ce qui donne la mortalité très élevée de 12 pour 100. On supprimerait du fait de cette intervention la plus grande partie de la muqueuse utérine infectée, en ne gardant de l'organe que ce qui est nécessaire à entretenir la persistance de la menstruation.

2° LA RÉTROVERSION

Elle concorde très fréquemment avec les lésions annexielles chroniques et c'est à elle que l'on attribue souvent les symptômes les plus gênants. D'autre part, il est des cas où, au cours de l'intervention, lorsque le petit bassin a été débarrassé de trompes volumineuses, prolabées en arrière de l'utérus, qui le calaient pour

ainsi dire, on s'aperçoit que cet organe un peu volumineux, lourd, puisque enflammé, a une tendance à basculer en arrière, où rien ne le retient, les ligaments larges ouverts et désorganisés par l'amputation de la trompe jouent mal leur rôle de soutien.

Dans ces cas, il importe beaucoup de fixer l'utérus en bonne position, soit pour le redresser, soit pour éviter sa chute dans le Douglas où il ne tarderait pas à se fixer à la faveur des dépéritonisations ou des exsudats laissés par l'extirpation des trompes.

La fixation de l'utérus par les ligaments ronds, fréquemment signalée dans nos observations, a donné d'excellents résultats. Nous avons pu constater que, chez toutes les malades, la correction s'était maintenue, le fond utérin se présentait en antéversion, plaqué contre la paroi abdominale. Le procédé employé est celui de Doléris, appliqué à la laparotomie transversale par Pellanda, tel qu'il a été décrit dans la thèse de Giacardy (1911). Il nous paraît préférable à la ventrofixation ou à la plicature intrapéritonéale des ligaments ronds. Dans nos observations la fixation de l'utérus a été faite 38 fois, le plus souvent par le procédé de Doléris-Pellanda, parfois par la simple plicature des ligaments ronds, ou la ventrofixation. Le procédé Doléris-Pellanda d'exécution facile et rapide paraît donner les résultats qui se maintiennent le mieux, après plusieurs années le fond utérin reste toujours en rapport avec la paroi abdominale antérieure, jamais il n'a été constaté de récurrence et l'on sait que l'ampliation utérine au cours de la grossesse n'est nullement gênée.

La fixation utérine n'a pas seulement pour avantage de supprimer des symptômes fonctionnels gênants, elle diminue les phénomènes de congestion qui contribuent à entretenir la métrite, elle assure beaucoup mieux le drainage de la cavité utérine infectée et l'écoulement des sécrétions. Il est remarquable de voir combien des utérus endométritiques volumineux subissent une involution rapide après la correction.

L'appendicectomie a été fréquemment pratiquée au cours des opérations conservatrices. C'est là une chose utile et facile à exécuter chez une femme jeune, lorsque les lésions annexielles ne sont pas septiques. M. Patel a montré tout récemment quel parti l'on pouvait tirer pour l'appendicectomie de l'incision de Pfannenstiel (M^{lle} Neyron, thèse Lyon, 1913-1914), qu'il s'agisse de lésions annexielles et appendiculaires simultanées ou d'une opération complémentaire.

CONCLUSIONS

I. — Dans le traitement chirurgical des salpingo-ovarites, il est possible, dans un très grand nombre de cas, de substituer à la castration utéro-annexielle des opérations conservatrices.

Il y a deux sortes de conservation annexielle.

L'une garde à la femme la possibilité de la maternité, elle exige la persistance et l'intégrité d'une trompe et d'un ovaire ou leur *restitutio ad integrum* : c'est la conservation idéale.

Mais, lorsque les lésions tubaires ne permettent plus d'espérer de fécondation ultérieure, la salpingectomie double avec conservation ovarienne maintient la persistance de la menstruation et de la sécrétion interne de l'ovaire, assure ainsi un meilleur équilibre physiologique et évite les troubles divers de la ménopause chirurgicale.

II. — Les *indications de cette chirurgie annexielle conservatrice* sont tirées d'un certain nombre de constatations cliniques.

Les salpingo-ovarites restent unilatérales un peu plus fréquemment qu'on ne l'admet généralement.

Lorsque les lésions sont bilatérales, elles ne sont ni équivalentes, ni contemporaines, les annexes les plus

récemment touchées le sont aussi le plus légèrement et leur conservation est souvent possible.

Lorsque la *tuberculose* et la *blennorragie* frappent les trompes d'une façon irrémédiable, elles laissent souvent indemne l'ovaire.

L'infection utérine a une tendance spontanée à rétrocéder après la disparition des lésions annexielles.

III. — *Dans les affections unilatérales*, la castration unilatérale donnera d'excellents résultats : la fécondation ultérieure est alors relativement fréquente.

IV. — *Dans les affections bilatérales*, la castration unilatérale doit être faite du côté le plus malade, tandis que du côté opposé on peut se contenter d'opérations partielles sur la trompe ou l'ovaire. Mais la conservation ne donnera alors de bons résultats que lorsqu'il ne s'agira, du côté conservé, que de lésions de périsalpingite ou de périovarite et non de lésions interstitielles profondes. Les opérations partielles sur les trompes (la salpingostomie surtout) ne sont indiquées que dans le cas de lésions peu accentuées, c'est-à-dire de *périsalpingite* consécutive à l'infection puerpérale, à l'appendicite, à la grossesse tubaire, à certaines pelvipéritonites d'origine indéterminée, mais non dans l'endosalpingite consécutive à la blennorragie.

V. — Les castrations tubaires avec conservation ovarienne suffisent dans un grand nombre de salpingo-ovarites bilatérales. Elles sont même indiquées dans la

tuberculose annexielle où les lésions tubaires sont dues à une inoculation par voie sanguine ou péritonéale et où la tuberculisation de l'utérus est au contraire d'une rareté extrême.

VI. — *Les résultats immédiats* sont favorables à la méthode conservatrice et la mortalité opératoire est devenue insignifiante.

Les résultats éloignés sont également bons : 75 malades sur 102 ont obtenu une guérison complète.

Quelques malades se plaignent de la persistance de certains troubles, mais, malgré leur guérison incomplète, elles sont suffisamment améliorées pour mener une vie active et même fournir un travail pénible.

10 pour 100 des malades ont un mauvais résultat, mais ce n'est qu'exceptionnellement que les troubles dus à l'infection utérine persistante ou à une récurrence dans l'annexe conservée ont obligé à proposer ou à pratiquer une opération itérative.

Le nombre des échecs serait encore plus restreint si l'on n'avait pas fait de la conservation avec des lésions annexielles très étendues et très profondes et il y aurait peut-être lieu dans la suite d'éliminer quelques-uns de ces cas et de limiter un peu les indications opératoires.

La *fécondation* a été observée dans 11 pour 100 des cas. Nous ne l'avons rencontrée que dans le cas de lésions unilatérales ou de lésions bilatérales lorsque la trompe conservée avait encore son pavillon ouvert.

VII. — Chez les malades auxquelles on a fait la conservation ovarienne sans hystérectomie, la mens-

truation se maintient normale et il n'y a pas de troubles d'insuffisance ovarienne.

VIII. — Le traitement de la *métrite* est utile pour éviter les complications ultérieures, la correction des déviations utérines hâtera la guérison de l'infection utérine.

IX. — Les complications signalées du côté de l'ovaire conservé sont rares.

X. — Ni la *greffe ovarienne*, ni la *conservation simple de l'ovaire* après *hystérectomie* ne donnent de résultat suffisamment constants et efficaces pour être opposées aux opérations conservatrices précitées.

Vu :

LE DOYEN,

L. HUGOUNENQ.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

A. POLLOSSON.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 8 juillet 1914.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ABRANT, *Etude comparative des troubles physiologiques consécutifs à l'hystérectomie simple et à l'oophoro-hystérectomie* (thèse de Paris, 1899).
- ACQUAVIVA et ROUX, Traitement chirurgical des salpingites. Etude historique et clinique (*Revue de Chirurgie*, 1903, janvier, février, mars).
- ALAMARTINE, Physiologie de l'ovaire. Revue générale (*Gazette des Hôpitaux*, 1908).
- ARMAND (Louis), *le Traitement conservateur dans les salpingo-ovarites* (thèse de Lyon, 1911).
- AYROLLES, *la Salpingo-ovaro-syndèse ou résection de la trompe de Fallope* (thèse de Paris, 16 mars 1899).
- BEUTTNER, Sur le traitement opératoire des annexites chroniques rebelles au traitement conservateur (*Société Médicale de Genève*, 6 novembre 1903 ; *Revue médicale de la Suisse romande*, t. XXXIII, n° 12, 20 décembre).
- Un cas de grossesse après salpingo-ovariotomie unilatérale, résection partielle de l'autre ovaire et énucléation d'un fibrome de l'utérus (*Revue médicale de la Suisse romande*, 1905, p. 59).
- Opérations dans des cas d'inflammations chroniques des annexes (*Communication au XVII^e Congrès international des Sciences médicales*, Londres, 1913).
- BLAGNY, *De la salpingectomie avec ovariectomie partielle* (thèse de Paris, 1899).
- BONNAUD (Lucie), *Contribution à l'étude des opérations conservatrices dans la tuberculose annexielle de la femme*, Lyon, 1912-1913, n° 79.
- BOUIN et ANCEL, Recherches sur les fonctions du corps jaune gestatif (*Journal de Physiologie et de Pathologie générales*, 15 janvier 1910).

- BOVIS (DE), Hystérectomie et conservation des ovaires (*Semaine Médicale*, 4 mars 1914).
- BOURSIER, Des opérations conservatrices dans les ovarites scléro-kystiques (*Communication au XIV^e Congrès international de Médecine*, Madrid, 1903).
- BUCURA, Zur Theorie die inneren Sekretion des Eierstocks (*Zentralblatt für Gynäkologie*, t. XXXVIII, n^o 51, 20 décembre 1913).
- BUDD VAN SWERINGEN, Conservatism in operations for acute inflammatory pelvic disease (traitement conservateur des affections inflammatoires aiguës du bassin (*Transactions of the American Association of Obstetricians and Gynecologists*, Providence, 16-18 septembre 1913 ; *The Amer. Journ. of Obst. and Diseases of Women and Children*, t. LXVIII, n^o 5, novembre 1913).
- GARMICHAEL, Conservative surgery of the uterus and ovaries ; its possibilities from the experimental stand-point (Chirurgie conservatrice de l'utérus et des ovaires, étudiée au point de vue expérimental) (*Edimburg med. Journ.*, 1909, n^o 3).
- CAZIN, Etude critique sur les greffes ovariennes chirurgicales (*Paris Chirurgical*, 1910, n^o 1).
- CERNÉ, Des opérations conservatrices dans les salpingo-ovarites (*Normandie Médicale*, 15 septembre 1900).
- Conservations des annexes enflammées (*Annales de Gynécologie*, 1904).
- CHASSOT, Des cysthématomes menstruels post-opératoires (thèse de Paris, 1909).
- CHASSOT (de Bâle), Un cas de grossesse après ovariectomie unilatérale et résection partielle de l'autre ovaire (*Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris*, 1904, n^{os} 5 et 6, p. 223).
- CHAVIN, Traitement des salpingo-ovarites par la laparotomie. Résultats éloignés d'après 135 laparotomies faites par Delbet (thèse de Paris, 1896).
- CHIPMANN (W.) (Montréal), Conservation of the ovary (*Surgery Gynec. and Obst.*, 1911, XIII, n^o 1, juillet).
- COCHET, De la thérapeutique conservatrice dans les opérations pelviennes (thèse de Paris, 1892 ; *Congrès français de Chirurgie*, 1891, séance du 1^{er} avril).
- COCHKY, Thérapeutique conservatrice dans les opérations pelviennes (thèse de Paris, 1892).

- V^e Congrès international d'Obstétrique et de Gynécologie, St-Pétersbourg, 1910 (Wertheim, A. Martin, Preobrajensky, de Ott, etc.).
- V^e Congrès de la Société Russe de Gynécologie et d'Obstétrique (Charkoff, 28-30 décembre 1913) ; le *Traitement chirurgical des affections inflammatoires des annexes de l'utérus* (Kakouchkine, Krivsky, Orloff, Bourdzinsky).
- CUMMINGS, An analytical Study of two Hundred Cases of Pelvic Inflammatory Diseases (étude analytique de 200 cas d'affections inflammatoires pelviennes) (*The American Journal of Obstetrics and Diseases of Women and Children*, t. XXIX, n° 1, janvier 1914).
- COLLARD-HUARD (Charlotte), *De l'insuffisance ovarienne envisagée dans ses rapports avec l'insuffisance thyroïdienne* (thèse de Paris, 1910-1911, n° 323).
- DARTIGUES, Des productions kystiques intra-ligamentaires consécutives à l'hystérectomie abdominale (*Bulletin de la Société de l'Internat*, mai 1907).
- Un cas de cysthématome menstruel post-opératoire (*Bulletin de la Société de l'Internat*, novembre 1908).
- DARTIGUES et JOANNIDÈS, les Cysthématomes menstruels post-opératoires (*Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, février 1908).
- DELAUNAY, *Des opérations conservatrices de l'ovaire. Résection partielle. Igni-puncture* (thèse de Paris, 1893).
- DELÉPINE, Un cas de grossesse après oophorectomie unilatérale et résection partielle de l'autre ovaire (*Journal des Sciences médicales de Lille*, 1904).
- DENAVE, *Contribution à l'étude de la salpingectomie* (thèse de Lyon, 1912-1913).
- DEVOUASSOUX, *De la conservation de l'utérus et de l'ovaire après salpingectomie double* (thèse de Paris, 1903-1904).
- DICKINSON (R.-T.) (of Brooklyn), Behavior of the ovary after the removal of the uterus (*Communication à la Société Gynécologique Américaine*, mai 1911 ; *Surgery Gynec. and Obstetrics*, 1911).
- DOLERIS, De la thérapeutique conservatrice dans la salpingo-ovarite (*Nouvelles Archives d'Obstétrique et de Gynécologie*, Paris, 1891, VI-VII).
- De la conservation des ovaires dans l'hystérectomie (*Discussion Schwartz, Routier, P. Delbet, Siredey, Le-*

- page, Leguen, Pinard) (*Société d'Obstétrique et de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris*, 1907).
- ESINBERG-PAPERIN (Mme), *Ovaires surnuméraires* (thèse de Paris, 1910-1911).
- FAURE (J.-L.), la Salpingopexie (*la Gynécologie*, 15 avril 1903).
- FAURE (J.-L.), DELBET (Pierre), LEGUEN et ROUTIER, Discussion de la communication de Tuffier à la *Société de Chirurgie de Paris*, 7 juin 1905.
- FERRY (Pierre), *Conséquences physiologiques de l'ablation des ovaires chez la femme*, Lyon, 1907-1908.
- FINDLEY, Conservative methods of treatment of the inflammation matory diseases of tubes (Méthode de traitement conservateur dans les affections inflammatoires des trompes (*Interstate med. Journ.*, 1908, n° 12).
- FINDLEY (Palmer), Menstruation without ovaries (*American Gynecological Society*) (Discussion : Webster, H.-T. Byford, Baldy, F.-T. Andrews, E.-P. Davis, etc.) (*Surgery Gynecol. and Obstetrics*, 1912, n° 2, p. 229).
- FRANCK (Robert-T.) (New-York), The function of the ovary (*Surg. Gyn. and Obst.*, 1911, n° 2, juillet, p. 36).
- FRÖENKEL (Breslau), Das zeitliche Verhalten von Ovulation und Menstruation (le rapport chronologique entre l'ovulation et la menstruation) (*Zentralblatt für Gynäk.*, 1911, n° 46, p. 1591 à 1595).
- FORGUE et MASSABUAU, l'Ovaire à petits kystes (*Revue de Gynécologie*, février, mars, avril 1910).
- FUNCK-BRENTANO et PLAUCHU, Traitement de la stérilité chez la femme (*XV^e Congrès de la Société Obstétricale de France*, Paris, octobre 1912).
- GELLHORN, Salpingostomy and pregnancy (Discussion : Thomas-J. Watkins, Franklin Martin, J.-Wesley Bovee, Robert Dickinson) (*Surg. Gyn. and Obst.*, 1911, XIII, n° 1, juillet).
- GERY et VIGNES, Transformation kystique d'un ovaire conservé dans une ablation d'annexes (*Société Anatomique*, 7 mars 1913).
- GIACARDY (Pierre), *Fixation intra-pariétale du ligament rond (procédé de Doléris), modification à ce procédé pour l'adapter à l'incision de Pfannenstiël* (thèse de Lyon, 1911-1912, n° 29).
- GILES, A Study of the after results of abdominal operations on the pelvic organs, based on a series of 1.000 consecu-

- tives cases (*The Journal of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp.*, 1910, n° 4).
- GOUILLOUD, Cas de grossesse chez des opérées de salpingo-ovarites (*VIII^e Congrès français de Chirurgie*, Paris, 1894).
- De la salpingostomie (*Lyon Médical*, 1900).
- Salpingolysis pour stérilité. Grossesse consécutive (*Société nationale de Médecine de Lyon*, 16 février 1894).
- GUÈS (Mme), *Contribution à l'étude du traitement conservateur dans les annexites* (thèse de Toulouse, 1902).
- HEIMANN, Thymus, ovarien und Blutbild Experimentelle Untersuchungen (Thymus ovarien et formule sanguine. Recherches expérimentales) (*Münchener medizinische Wochenschrift*, Munich, 23 décembre 1913, n° 51, t. LX).
- HOLZBACH (M.-E.), De la fonction des ovaires laissés en place après hystérectomie totale et les relations de ces organes avec les phénomènes de la ménopause opératoire (*Arch. für Gynäkol.*, 1906, LXXX, 2).
- HUMISTON (W.-H.), Conservative operations on the ovaries including a report on 112 cases (Discussion : A. Goldsporn, Fr. Reder, K.-Isadore Sanes, Hugo Opantzer) (*American Journal of Obstetrics*, 1913, n° 1).
- HYDE, Notes on conservative ovarian Surgery (*American Journal of Obstetrics*, août 1907, p. 145).
- ISCOVESCO (H.), les Lipoides de l'ovaire (*Société de Biologie*, juillet 1912, novembre 1913).
- JACOBSON, Résultats de 94 opérations conservatrices (*Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1911, n° 1, 1^{er} juillet 1911).
- JARDY, *la Secréation interne de l'ovaire. Synergie thyro-ovarienne* (thèse de Paris, 1906-1907).
- JARSAILLON, *la Salpingostomie et autres opérations conservatrices des trompes utérines* (thèse de Lyon, 1899).
- JAYLE (F.), Traitement de la salpingo-ovarite par l'ablation des deux trompes avec conservation partielle ou totale d'un ovaire (*Presse Médicale*, 1899, p. 375).
- Traitement conservateur opératoire en un temps des lésions inflammatoires de l'utérus et des annexes, avec l'aide de la pyéloscopie (*XXIV^e Congrès de Chirurgie*, Paris, 1911).
- JONG (Mlle DE), *Etude anatomo-clinique de l'ovaire chez la femme* (thèse de Paris, 1914, mars).

- KEHRER, Communication sur les « Ausfallserscheinungen » (Discussion : Rübsamen, Weiswange, Srobach, etc.) (*Société Gynécologique de Dresde*, 13 mars 1913 ; *Zentralblatt für Gynäkol.*, 1913, p. 1157).
- KELLER, Über (Funktionsprüfungen) der Ovarialtätigkeit (Sur la détermination de la valeur fonctionnelle des ovaires) (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LX, n° 39, 30 septembre 1913).
- LANDECKER (L.), Contribution à l'étude des lésions péritonéales, basée sur 623 laparotomies abdominales (*Publications de la Clinique Obstétricale et Gynécologique de l'Université de Genève*, 1912-1913).
- LEMBERT (Marie-Louise), *Considérations sur les rapports entre certains états gynécologiques et les états mentaux*, Lyon, 1908-1909.
- LEGUEU, De la conservation des ovaires dans le traitement chirurgical des annexites (*Société de Chirurgie*, 14 juin 1905).
- LEVI (L.), Migraine ovarienne (*Société de Biologie*, 10 février 1912).
- Insuffisance ovarienne et opothérapie surrénalienne (*Société de Biologie*, 7 décembre 1912).
- LIZCANO, Cirurgia conservadora de los anejos uterinos (Chirurgie conservatoire des annexes de l'utérus) (*El Siglo Medico*, 1908, n° 2846).
- MAR, *Interventions gynécologiques et psychopathies* (thèse de Paris, février 1914).
- MARTIN (A.), *Die Krankheiten der Eileiter*, Leipzig, 1895.
- *Die Krankheiten der Eierstöcke und Nebencierstöcke*, Leipzig, 1899.
- MARTIN (F.), Transplantation of ovaries (*Surg. Gyn. and Obst.*, 1908, VII, n° 1, juillet ; analyse in *Journal de Chirurgie*, n° 6, 648).
- Ovarian transplantation in lower animals and women (Review of the Literature and Bibliography) (*Surg. Gyn. and Obst.*, 1911, n° 2, p. 53).
- MAUCLAIRE, SOULIGOD, WALTER, TUFFIER, LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, POTHERAT, SEGOND QUÉNU, Discussion de la communication de Tuffier sur les greffes ovariennes (*Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 1909, p. 179 à 191).
- MAUGERI (V.), l'Ovaire restant et la castration unilatérale (*An-*

nali di Ostetricia e Ginecologia, t. XXXIII, n° 11, novembre 1911).

MONTANA, *Résultats éloignés des opérations conservatrices sur les annexes* (thèse de Paris, 1898-1899, n° 56).

MONTPROFIT, *Chirurgie de l'ovaire et des trompes*, 1903.

MOREAU, *Essais de traitement de l'insuffisance ovarienne par les greffes de l'ovaire* (thèse de Paris, 1904-1905).

MORLEY (W.-H.) (Michigan), Is there any clinical or experimental proof that the ovary has ou internal secretion (*Surg. Gyn. and Obst.*, juillet 1911, n° 2, p. 28).

MORRIS (Lewis-C.), la Conservation dans les opérations sur les annexes de l'utérus (*Amer. Journal of Obstetrics and Diseases of Women*, décembre 1910).

OLIVIER, *le Traitement de la tuberculose annexielle. Les résultats éloignés* (thèse de Lyon, 1911-1912).

OSNOS (Mlle), *Destinée des segments ovariens laissés en place après hystérectomie* (thèse de Montpellier, mai, 1912-1913).

PANKOW, Was lehren uns die Nachbeobachtungen von Reimplantationen der Ovarien beim Menschen (Ce que nous apprennent les observations post-opératoires de la greffe des ovaires chez la femme) (*Zentralblatt für Gynäkologie*, 1908, n° 32, p. 1040).

PATEL et OLIVIER, De la thérapeutique chirurgicale conservatrice dans le traitement de la tuberculose annexielle (*Revue de Gynécologie*, 1913, II, p. 23).

PETIT, Technique de l'ovaro-salpingectomie et de l'hystérectomie abdominale (*Gazette des Hôpitaux*, octobre 1907, n° 11, p. 1375).

PEWSNER, *Productions kystiques de l'ovaire liées à la tuberculose (tuberculose inflammatoire de l'ovaire)* (thèse de Lyon, 1913).

PICQUÉ, *Psychopathies et chirurgie*, 1912.

PLAUCHU, Cas de grossesse après interventions partielles sur les annexes (*Société nationale de Médecine de Lyon*, 2 mars 1914).

POLAK (O.), The end results when hysterectomy has been done and an ovary left (Les résultats éloignés de l'hystérectomie avec conservation d'un ovaire) (*Surg. Gyn. and Obst.*, 1911, XIII, n° 1, juillet).

— A Further Study of the End Results of the Conserved Ovary (Nouvelle étude sur les résultats éloignés de la

- conservation des ovaires) (*The Journal of the American Medical Association*, Chicago, n° 24, 24 décembre 1912).
- POLLOSSON (A.), Discussion d'une observation présentée par MM. Bérard et Ronot : volumineuse collection tuberculeuse annexielle (*Société de Chirurgie de Lyon*, 21 décembre 1911).
- Kystes dermoïdes bilatéraux (*Société de Chirurgie de Lyon*, 8 février 1912).
- POLLOSSON (A.) et VIOLET, les Productions kystiques de l'ovaire liées à la tuberculose (*Lyon Chirurgical*, 1^{er} octobre 1913).
- la Salpingostomie (*Société de Chirurgie de Lyon*, 15 février 1912).
- POZZI, De la résection et de l'ignipuncture de l'ovaire (*Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1897, n° 1)
- PY, Avantages des opérations conservatrices dans les salpingo-ovarites. Dédutions cliniques à propos de plusieurs cas observés dans le service de M. le professeur de Rouville (thèse de Montpellier 1909).
- QUÉNU et SAUVÉ, Un cas de contrôle histologique d'une greffe ovarienne humaine (*Société de Chirurgie de Paris*, 1909, n° 4, p. 112 à 116, séance du 27 janvier).
- REMUSAT (Paul), Contribution à l'étude du traitement des salpingo-ovarites chroniques (thèse de Montpellier, 1910-1911, n° 35).
- ROBERT (Antoine), les Résultats des opérations conservatrices dans les annexites chroniques (thèse de Montpellier, 1911-1912, n° 43).
- ROUVILLE (DE), A propos de neuf observations d'autogreffe ovariennes humaines (*Archives mensuelles d'Obstétrique et de Gynécologie*, février 1914).
- Traitement des salpingo-ovarites chroniques (*Archives de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1911).
- Considérations sur le traitement des salpingo-ovarites chroniques (*la Gynécologie*, 1910).
- Traitement des salpingo-ovarites chroniques (*Congrès national français d'Obstétrique, Gynécologie et Pédiatrie*, Toulouse, 1910 ; analyse in *Revue Gynécologique*, p. 179).
- SABATUCCI et ZANELLI, Un cas d'adipose douloureuse développée

- à la suite d'ovariectomie (*Il Policlinico Sez. pratica*, n° 26, p. 939-942, 23 juin 1912).
- SAUVÉ, *Greffes ovariennes envisagées au point de vue de la pratique chirurgicale* (thèse de Paris, 1909).
- SCHEURER, *la Greffe ovarienne. Historique. Résultats cliniques et thérapeutiques* (thèse de Paris, 1909-1910).
- SCHIFFMANN et PATEK, Die operative Therapie der chronisch entzündlichen Adnextumoren (le Traitement chirurgical des annexes inflammatoires chroniques) (*Monatschrift f. Geb. und Gyn.*, 1911, t. XXXIV, livraison 3).
- TAITZ (Mlle), *Hémorragies intrapéritonéales par rupture des follicules de de Graaf normaux ou pathologiques* (thèse de Paris, mars 1914).
- TAYLOR, Conservation in Gynecology (*The American Journal of Obstetrics and Diseases of Women and Children*, juillet 1913, LXVIII, n° 1).
- TREUB, Chirurgie conservatrice dans les lésions annexielles (*Congrès de Médecine de Madrid*, 1903 ; *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1903).
- TUFFIER, Conservation des ovaires et de l'utérus dans les opérations pour annexites (*Société de Chirurgie*, 7 juin 1905).
- Greffes ovariennes (Discussion : Mauclaire, Routier, Hartmann) (*Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 25 octobre et 15 novembre 1911, p. 1147).
- Les greffes ovariennes humaines (suites éloignées) (*Journal de Chirurgie*, 15 mai 1913).
- TUFFIER et MAUTÉ, les Accidents de la ménopause artificielle, étude pathogénique (*Presse Médicale*, 23 novembre 1912, n° 87).
- TUFFIER et VIGNES, Etude anatomique de quatre greffes ovariennes chez la femme (Discussion : Bender, Alglave) (*Société Anatomique de Paris*, 1913).
- TUFFIER, GAY et VIGNES, Etude anatomique sur l'involution d'un ovaire greffé et remarques sur le processus anatomique de la greffe (*Société Anatomique de Paris*, 11 avril 1913 ; analyse in *Presse Médicale*, 1913, p. 308, 18 avril).
- TUSSEAU, *Contribution à l'étude des greffes d'organes : l'ovario-greffe* (thèse de Lyon, décembre 1913).
- TZICLICE, *Insuffisance ovarienne et greffe ovarienne* (thèse de Paris, 1906-1907).

- WALTHER, Résultats éloignés des résections partielles de l'ovaire (*Communication à l'Académie de Médecine*, 18 mars 1913 ; résumé in *Presse Médicale*, 19 mars 1913, p. 227).
- VALTORTA (F.), Contributo allo Studio della funzionalite ovarica : castrazione unilaterale (*Annali de Obstetrica et Gynecologia*, 1911, n° 7, juillet, p. 21 à 41).
- VAUTRIN, De la dégénérescence kystique des ovaires après certaines interventions pour annexites chroniques (*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1906, p. 74).
- VIDAL, Technique et résultat de quelques opérations conservatrices des annexes de l'utérus (*Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1900, p. 81-90).
- VIGNES et GERY, Transformation kystique d'un ovaire conservé après une ablation d'annexes (*Société Anatomique de Paris*, 14 mars 1913).
- VORONOFF (Nice), la Greffe des ovaires (XXV^e Congrès de l'Association française de Chirurgie, 1912).
- UFFREDUZZI, Studio sperimentale su alcuni interventi conservativi nei genitali interin femminili (Etude expérimentale sur quelques interventions conservatrices sur les organes génitaux de la femme. Transplantation de l'ovaire dans l'utérus. Utérostomie. Salpingectomie (*Annali di Ostetricia et Ginecologia*, 1911, n° 8, août, p. 57 à 100).
- ZACHARIAS (Erlangen), l'Avenir fonctionnel des débris ovariens (*Zentralblatt für Gynäkologie*, 1908, n° 5, 1^{er} février, p. 125 à 132).
- ZAREZTKY (S.) (Saint-Petersbourg), Greffe des ovaires (*Journal Akonchersive I jenskech bochzmei*, t. XXVI, n° 7-9, juillet-septembre 1912, p. 1079-1092 et 1235-1264).
- ZALESKI, Résultats éloignés après dix ans des oophorectomies et des hystérectomies (thèse de Paris, février 1914).
- ZAHER, Des greffes ovariennes (thèse de Montpellier, juillet 1913).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.	9
HISTORIQUE	13
CHAPITRE PREMIER. — LA CHIRURGIE CONSERVATRICE. —	
LES DIFFÉRENTS TYPES	23
Les indications et les conditions générales de l'opération conservatrice	25
CHAPITRE II. — OPÉRATIONS CONSERVATRICES MÉNAGEANT LA	
PÉCONDATION	36
1° Opérations conservatrices de la trompe.	37
a) Libération, salpingolysis.	37
b) La salpingostomie	40
2° La salpingectomie et la castration unilatérale.	48
3° Opérations conservatrices de l'ovaire.	51
a) Les ovarites. Indications opératoires	51
b) La ponction et l'ignipuncture	56
c) La résection partielle de l'ovaire.	57
d) Résultats éloignés	60
4° Salpingo-ovarites unilatérales	62
Analyse des observations	83
5° Observations. Salpingo-ovarites bilatérales. Castration unilatérale et interventions conservatrices parti- tielles sur les annexes du côté opposé	87
Analyse des observations	99
CHAPITRE III. — CONSERVATION DE L'UTÉRUS ET DE L'OVAIRE. 104	
1° Importance de la fonction ovarienne	105
2° Les troubles de la ménopause chirurgicale.	108
a) Les troubles nerveux	111
b) Les accidents congestifs.	118
c) Les troubles de la nutrition	120

d) Les modifications des organes génitaux et du sens génésique	120
e) Pathogénie des troubles de la ménopause. . .	123
3° Persistance de la menstruation après ablation des ovaires	126
a) Existence d'ovaires supplémentaires.	126
b) Persistance des débris ovariens	126
c) Possibilité de menstruation sans ovaire.	128
4° Etat de l'ovaire conservé	128
Dégénérescence kystique de l'ovaire conservé . .	131
5° Etat de l'utérus conservé	134
6° Technique opératoire	135
7° Salpingo-ovarite bilatérale	138
Analyse des observations	160
8° Résultats	162
9° La greffe ovarienne et la conservation ovarienne après hystérectomie.	170
10° Hystérectomies totales avec conservation ovarienne. .	179
CHAPITRE IV. — LES OPÉRATIONS COMPLÉMENTAIRES . . .	183
1° Traitement de la métrite	183
2° La rétroversion	185
CONCLUSIONS	189
BIBLIOGRAPHIE	193

